

DES RAPPORTS RÉCIPROQUES

N° 72

DE

LA GROSSESSE

ET DE

LA PARTURITION

AVEC LES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Juillet 1896

PAR

Gaston PUJOL

Né à Marseille, le 1^{er} janvier 1871

EX-PREMIER INTERNE DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

(Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences)

1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (※) DOYEN
CARRIEU ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale	GRASSET (※).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (※).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (※).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophthalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HÉDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	N...
Id. Sarda (Ch. du c.)	
Anatomie pathologique	N...
Id. Bosc (Ch. du c.)	
Microbiologie	N...

Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (※), PAULET (O. ※).

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.	PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	ESPAGNE, agr. lib.
Pathologie externe	N...

Agrégés en exercice

MM. BAUMEL	MM. LAPEYRE	MM. VALLOIS
BROUSSE	MOITESSIER	MOURET
SARDA	BOSC	DELEZENNE
LECERCLE	DE ROUVILLE	GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	

MM. H. GOT, *secrétaire.*

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examineurs de la Thèse

MM. GRYNFELTT, <i>président.</i>		MM. PUECH, <i>agrégé.</i>
ESTOR, <i>professeur.</i>		VALLOIS, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

*A ma chère mère, en témoignage de ma
filiale affection ; à tous ceux qui furent
mes Maîtres, comme un gage de ma vive
reconnaissance ; à mes compagnons d'étu-
des, comme un souvenir de franche cama-
raderie et de bonne amitié.*

A NOTRE MAÎTRE

Monsieur le Professeur QUEIREL

G. PUJOL.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GRYNFELTT

G. PUJOL.

DES RAPPORTS RÉCIPROQUES

DE

LA GROSSESSE

ET DE

LA PARTURITION

AVEC LES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

PRÉLIMINAIRES

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les tumeurs fibreuses de l'utérus n'ont pas seulement exercé que l'habileté du chirurgien ou les recherches de l'anatomo-pathologiste ; dès longtemps déjà, elles ont attiré l'attention des accoucheurs, en éveillant toute leur sollicitude. Elles font, en effet, de l'utérus un terrain souvent défavorable à l'éclosion ou à l'évolution de la grossesse ; elles peuvent devenir la cause de sérieux dangers en mettant obstacle à l'accouchement ; elles sont quelquefois enfin la source de graves complications pendant les suites de couches.

Les anciens, ne connaissant qu'imparfaitement les tumeurs fibreuses, n'ont pu nous léguer que de très vagues indications sur leur coïncidence avec la grossesse. Ainsi, Hippocrate raconte qu'une femme, qui avait accouché depuis une quarantaine de jours, dont le ventre était resté volumineux et qui présentait un écoulement vaginal fétide, guérit après avoir expulsé « une chair ». Il est très vraisemblable qu'il s'agissait là d'un fibrome sphacélé et non d'une superfétation, comme le pense Hippocrate.

La première observation sérieuse est celle de Béranger de Carpi (1530); viennent ensuite celles de Fabrice de Hilden (1646), de Paullinus (1686), de Haen (1704), d'Amand (1715). Mais c'est Levret qui ouvre, en 1749, la période véritablement scientifique de la question par la publication d'un remarquable mémoire. Alors paraissent d'importants travaux et de nombreuses observations. Il nous suffira de signaler les noms de Chaussier, Béclard, M^{me} Lachapelle, M^{me} Boivin, Dugès, Deneux, d'Outrepoint, Amussat, Danyau, Faget, Huguier, Guyon, Dubar, Depaul, Tarnier, Guéniot, Blot, Trélat, Magdelaine, Lambert, Sébilleau, en France; Nœgelé, Puchelt, Breslau, Tolocznow, Susserott, Nauss, Gusserow, en Allemagne; Ashwell, Ingleby, Lewer, Oldham, en Angleterre; Horwitz, en Russie; Mangialli, en Italie. L'importante thèse d'agrégation de R. Lefour (1880) résume l'état de la question à cette époque.

Depuis lors, les travaux se sont multipliés. Voici les principales publications qui ont paru sur la question qui nous occupe, durant ces seize dernières années.

1880

R. KALTENBACH. — Centr. f. Gyn., n° 15.

MUNDE. — New-York, med. journal, janvier.

SCHÜRDER. — Zeit. f. Geb.

1881

- AMÉLINE. — Th. de Paris, n° 213.
GUÉNIOT. — Bul. Acad. méd., p. 1248.
V. POULET. — Concours méd., 8 janvier.
SANGER. — Festschrift zur Jubiläum Crede's, Leipzig.

1882

- BECKER. — Berlin, Klin. Woch., n° 11.
BENICKE. — Berlin, Klin. Woch., n° 11.
C. CHAHBAZIAN. — Th. de Paris, n° 157.
DEPAUL. — Bul. acad. méd., 17 janvier.
DIÉTERLIN. — France méd., p. 112.
A. DOLÉRIS. — Soc. anat. de Paris, octobre.
HANCKS. — Soc. obst. de New-York, 17 janvier.
LOEHLEIN. — Berlin, Klin. Woch., n° 11.
MADGE. — Soc. obst. d'Edinburgh.
C. SCHRÖDER. — Zeit. f. Geb., B. V., H. 2.

1883

- DENARIÉ. — Lyon méd., T. XLIII, p. 69.
A. DOLERIS. — Arch. de tocologie, p. 1.
HARRISON. — Soc. obst. de New-York, 18 décembre.
STUDSGAARD. — Hospitals Tidende, n° 14.
WALTER. — British med. assoc., Liverpool.

1884

- BOMPIANI. — Annali di Ostet., mai.
J. FARRANT FRY. — The Lancet, 1, p. 423.
G. KRUKENBERG. — Arch. f. Gyn., B. XXI, H. 1.
TISSIER. — Soc. anat. de Paris, 17 oct.
H. VARNIER. — Ann. de Gyn. et d'obst., p. 18.

1885

- W. DAY. — Soc. obst. de Londres, 6 mai.
HAMON DE FRESNAY. — Paris médic., novembre.
LANDAU. — Arch. de Tocologie, p. 916.
LANDAU. — Berlin. Klin. Woch., n° 13.
MARTIN. — Berlin. Klin. Woch., n° 3.
OGDEN. — Canadian practitioner, avril.
A. PATTERSON. — Glasgow med. journal, avril.
READ. — New Orleans med. journal, p. 205.

1886

- G. BOARDMAND, DRIVER, CHADWICK, FAROLW, GALL. — Soc. méd. du district de Suffolk, 17 nov.
L. B... — Journal des sages-femmes, 16 déc.
HEGAR. — Operative gynäkologie, 3^{me} édition.
HORROCKS. — British med. journal, p. 441.
P. LANGNER. — Berlin. Klin. Woch., p. 478.
LEE. — Soc. obst. de New-York.
MARTIN. — Berlin. Klin. Woch., n° 29.
JOHN MORRIS. — Soc. de gyn. et d'obst. de Baltimore, 12 janvier.
JOHN PHILIPPS. — Soc. obst. de Londres, p. 138.
A. VAUTRIN. — Th. d'agrég., n° 13.

1887

- ANDERSON. — Hygiea, août.
AUVARD. — Union med, 2 juin.
DIRNER. — Centr. f. gyn., p. 119.
ETHERIDGE. — Am. journ. of. obst., vol. xx, p. 69.
GALLARD. — Gaz. des hôp., n° 12.
GRANVILLE-BANTOCK. — Brit. gyn. journ., vol. II, p. 63.
HOFMEIER. — Deuts. med. Woch., V., 19.
KALTENBACH. — Centr. f. gyn., p. 433.
KARSTRÖM. — Hygiea, avril.
LAWRENCE. — Congrès de Washington, 6 sept.

- C. H. STRATZ. — Zeit. f. geb., 2
VOGEL. — Dissert. inaug. Giessen.
V. H. WEEKS. — Congrès de Washington, 6 sept.

1888

- FEHLING. — Corr. Blatt. f. Schw. Aerzte, p. 700.
FSEHGUNICHIVE. — Journ. d'acc. et mal. des femmes, de Saint-Pétersbourg, p. 429.
H. T. HANCKS. — Amer. journ. of. obst., p. 242.
MARTA. — Venise.
MEYER. — Centr. Blatt f. gyn., p. 713.
PORAK. — Soc. obst. et gyn. de Paris, 8 mars et 12 avril.
P. RUGE. — Berlin. Klin. Woch., n° 36, p. 537.
SIPPEL. — Centr. Blatt f. Gyn., 3 nov.
W. J. TAYLOR. — Soc. obst. de Philadelphie, 4 octobre.
TURGARD. — Ann. de gyn. et d'obst., II, p. 439.
WASILIEF. — Journal de Tocologie de Saint-Pétersbourg, p. 28.

1889

- AUVARD. — Travaux d'obstét., t. I.
A. BERGH. — Hygiea, Bd. LI, n° 5.
BONI. — Giornale per le levatrici, 15 juillet.
FELSENREICH. — Soc. obst. et gyn. de Vienne, 12 mars.
FROMMEL. — Munch. med. Woch., n° 52.
S. C. GORDON. — Boston med. and Surg. journ., p. 385.
HOMANN. — Boston soc. for med. improvement.
ISCH-WALL. — Repert d'obst. et de gyn., p. 73.
LANGENBUCH. — Deuts. med. Woch., n° 29.
LANGNER. — Deuts. med. Woch., vol. XXIX.
A. MARTIN. — Naturf. Samml. Heidelb.
MAYO ROBSON. — British med. journ., 9 nov.
MORE MADDEN. — The Lancet, T. I. p. 271.
PORAK. — Soc. obst. et gyn. de Paris, 14 février.
TARNIER. — Journal des sages-femmes, 1^{er} mars.
TUFFIER. — An. de gyn. et d'obst., p. 321.
A. VAN DER WEER. — Am. jour. of obst., vol. XXII, p. 1121.

1890

- BERLIN. — Arch. de Tocologie, p. 700.
CALDERINI. — X^e Congrès internat. de méd. de Berlin.
DOLÉRIS. — Soc. obt. et gyn. de Paris.
DUNCAN. — Soc. obst. de Londres, I.
EXERKE. — Deuts. med. Woch., p. 630.
GIBB. — Medical News, p. 333.
GORDES. — Zeit. f. geb. und gyn., 4, p. 400.
VON HOTT. — Arch. f. gyn., Bd XXVII, p. 88.
L. LANDAU. — Berl. klin. Woch., n^o 52.
A. MARTIN. — Centr. Blatt f. gyn., p. 67.
PESTALOZZA. — An. di Ost. e ginec., p. 566.
JOHN PHILIPPS. — The med. analectic.
S. POZZI. — Gaz. méd. de Paris, 24 mai.
A. RIBEMONT-DESSAIGNES. — Ann. de gyn. et d'obst., I, p. 244.
ROUTIER. — Ann. de gyn. et d'obst., I, p. 461 ; Bul. Soc. chir., p. 727.
WYDER. — Corr. Blatt f. Schw. Aerzte, p. 14.

1891

- E. BLANC. — Ann. de gyn. et d'obst., p. 493.
CARLO DECIO. — Atti dell'assoc. med. lomb., n^o 2.
KARL HAUSER. — Arch. f. gyn., 1-2.
HOUZEL. — Bul. Soc. chir., p. 527.
TH. LANDAU. — Samml. klin. Vortr., n^o 26.
MARQUÉZY. — Th. de Paris, n^o 172.
ROLAND. — La Loire méd., p. 73.
V. SOUTOUGUINE. — Wratch, 1 et 2.
ZABOROWSKI. — Th. de Paris, n^o 232.

1892

- H. GROOM. — Edinburgh med. journ., p. 316.
P. DELBET. — Arch. gén. de méd., I, p. 209.
N. FLAISCHLEN. — Centr. Blatt für gyn., 10.
FRITSCH. — Traité clin. des opér. obst. 4^e édition, p. 236.
HAUSER. — Arch. für gyn., 1 et 2.

- HUETER. — Berlin. klin. Woch., n° 6, p. 112.
LANELONGUE. — Soc. de gyn., d'obst. et de pæd. de Bordeaux, 9 juillet.
LAUWERS. — Soc. belge de gyn., 26 juin.
MADDEN. — Trans. royal acad. med. Ireland, p. 312.
ROSTHORN. — Soc. méd. all. de Prague.

1893

- CASUSO. — El progr. med. de la Habana, p. 258.
CORNIL. — Bul. acad. méd., 7 février, p. 162.
CROFFARD. — Ann. journ. of. obst. p. 398.
ENRICO ERMANO. — Il raccogl. med., vol. V, n°s 16 et 18 ; vol. VI, n° 3.
CH. FAGUET. — Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, p. 603.
G. R. FERNANDES. — Arch. de Tocologie, p. 92.
FREUND. — Samml. Klin. Vortr., n° 68, p. 637.
FROMMEL. — Münch. med. Woch., 14, p. 261.
GUINARD. — Congrès franc. de chir., 7^e session, 4 avril.
M^{me} HENRY. — Ann. de Gyn. et d'obst., p. 8.
HOFMEIER. — Zeits. f. Geb. und Gyn., 1, p. 199.
KUFFERATH. — La Clinique, p. 623.
G. LEPAGE. — Soc. obst. de France, 6 avril.
MAYGRIER. — *Ibidem*.
MAYGRIER. — Leçons de clinique d'obst., Paris.
V. N. ORLOFF. — Wratch, n° 16.
PÉAN. — Congrès de chir., 7^e session, 4 avril.
P. PUECH. — Nouveau Montpellier méd., janvier.
REIN. — Soc. d'ac. et de gyn. de Kief.
ROSS. — Am. journ. of. obst., mars.
ROUTIER. — Congrès de chir., 7^e session, 4 avril.
VAUTRIT. — *Ibidem*.
WURKERT. — Centr. Blatt f. Gyn., n° 45, p. 1036.

1894

- APFELSTEDT. — Arch. f. gyn., 1.
BOURCART. — Ann. de gyn. et d'obst., II, p. 19.
BRIASKE. — Berlin.
A. DORAN. — Soc. obst. de Londres.

- EXERKE. — Centr. Blatt f. gyn., n° 24.
GIVOPITSEF. — Soc. de gyn. et d'obst. de Moscou.
KLEINHANS. — Prager med. Woch, 44.
W. LOUY. — Virginia med. monthly.
RÉMY. — Arch. de Tocologie, octobre.
Ch. N. SMITH. — Am. journ. of obst., p. 365.
STAVELY. — New-York journ. of gyn. and obst., p. 667.
TREUB. — Arch. de Tocologie, novembre.
X.-O WERDER. — Am. journ. of obst., p. 60.

1895

- BOSSI. — Gaz. degli osped. e del clin., 5 nov.
CAMERON. — British med. journ., p. 1414.
A. DORAN. — Soc. obst. de Londres.
J. FRANK. — Ann. of gyn. and pæd., déc.
Ch. GREEN CUMSTON. — *Ibid.*, avril.
GUERMONPREZ. — Congrès de Gyn., d'Obst, et de Pæd. de Bordeaux, août.
KLEINWACHTER. — Zeits f. Geb. and Gyn., 2, p. 206.
P. LEFAYE. — Th. de Paris, n° 243.
LÉOPOLD. — Ann. journ. of obst., mai.
MACKS. — Monats. für Geb. and Gyn., supplément, p. 196.
P. PUECH. — Gaz. des Hôp., p. 889.
J. ROSENBERG. — Am. journ. of obst., mai.
H. B. STEHMAN. — Chicago pathol. soc., 9 déc.
TARNIER. — Journal des sages-femmes, p. 339.
WELLER VAN HOOK. — Chicago path. soc., 9 déc.

1896

- AUDEBERT. — Gaz. hebd. sc. méd., Bordeaux, p. 173.
BOSSI. — Soc. obst. de France, 9 avril.
M. D. MANN. — Med. soc. of the state of New-York, janvier.
W. MAYO. — Am. journ. of obst., janvier.
J. B. MURPHY. — The journal of the am. med. ass., p. 406.
POLLOSSON. — Soc. obst. de France, 9 avril.

Nous avons consulté encore avec fruit les articles des dictionnaires et des traités de gynécologie et d'obstétrique.

Nous avons eu de plus la bonne fortune de pouvoir observer nous-même quatre cas de grossesses compliquées de fibromes utérins, alors que nous avions l'honneur d'être l'interne de M. le professeur Queirel, à la Clinique obstétricale. C'est dans le service de cet excellent maître que nous avons conçu l'idée de ce modeste travail et que nous en avons puisé la partie originale ; ses conseils éclairés et toujours bienveillants ne nous ont jamais fait défaut ; qu'il nous soit donc permis de lui adresser ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre respectueuse sympathie.

M. le professeur Grynfeldt nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; il a de plus obligeamment mis à notre disposition plusieurs observations inédites ; qu'il veuille bien croire à notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE II

GÉNÉRALITÉS SUR LES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

Définition. — On désigne sous le nom de tumeurs fibreuses, de corps fibreux ou plus simplement de fibromes de l'utérus, des néoplasmes dont la structure se rapproche sensiblement de celle du tissu utérin lui-même.

Synonymie. — Cette appellation de corps fibreux est due à Bayle. Ces néoplasmes étaient des *scléromes* pour Paul d'Egine, et Chambon leur a conservé ce qualificatif. Levret et Rokitsky leur ont donné le nom de *fibroïdes*, désignation qui leur a été conservée par les auteurs anglais et américains. P. Broca les a nommés *hystéromes*; Virchow, *myômes*; Zenker, *leio-myômes*; Hunter et Baillie, *tubercules charnus*; Muller, *tumeurs fibro-tendineuses*; Münz, *tumeurs pileuses* ou *pilomes*. Ces dénominations diverses désignent presque toutes, comme on le voit, la structure histologique de ces néoplasmes; celle de Broca seule a trait au siège de beaucoup le plus fréquent de ce genre de tumeurs.

Caractères macroscopiques. — Les fibromes affectent une forme plus ou moins arrondie; ils ont une consistance variable, mais généralement élastique. Les gros fibromes sont le plus souvent constitués par une tumeur principale, arrondie, sur laquelle viennent se greffer, comme autant de bourgeons, un plus ou moins grand nombre de tumeurs secondaires, également arrondies.

Le volume des corps fibreux varie de celui d'un pois à celui d'une tête d'adulte et plus encore. Ils peuvent atteindre des dimensions énormes ; cela se voit surtout dans le cas de tumeurs fibro-kystiques.

Quelquefois uniques, ils sont le plus souvent multiples ; leur nombre est généralement de trois à quatre. Alors même que l'examen clinique ne décèle qu'une tumeur, il est rare qu'il n'existe pas en outre un ou plusieurs petits noyaux dans d'autres portions de l'organe. « Certains utérus sont comme criblés d'une infinité de petits noyaux interstitiels ou pédiculés et présentent ce que l'on pourrait appeler une véritable dégénérescence myomateuse » (Pozzi).

Le tissu des fibromes est blanc rosé ou grisâtre ; il est ferme et crie sous le scalpel. La coupe montre un ou plusieurs tourbillons concentriques. A la périphérie, le tissu utérin est condensé et séparé de la tumeur par une couche de tissu cellulaire lâche, permettant souvent une énucléation facile.

Caractères microscopiques. — Très simple est la structure des fibro-myomes. Deux tissus concourent à leur formation : le tissu conjonctif et le tissu musculaire lisse. Ils ont donc, ainsi que Vogel le premier l'a fait remarquer, une structure presque identique à celle de l'utérus lui-même. Ce fait a une grande importance au point de vue de l'action exercée par la grossesse sur les tumeurs fibreuses qui, pendant la gestation, participeront forcément à l'hypergénèse des tissus de l'utérus, pour subir, après l'accouchement, une régression analogue à l'involution utérine.

Les éléments musculaires lisses et les fibres conjonctives sont dans des rapports très variables au sein des corps fibreux. On trouve cependant rarement un seul de ces éléments à l'état de pureté et à l'exclusion de l'autre. « Les fibres musculaires lisses forment des faisceaux qui s'entrelacent.

Du tissu conjonctif prend toujours part à leur structure : il réunit les divers faisceaux et les nodules provenant du rapprochement de ces faisceaux. Quand ce tissu forme une assez grande partie de la tumeur, on donne à celle-ci le nom de fibro-myôme. Les tumeurs de l'utérus sont généralement des fibro-myômes (1). » (E. Ziegler).

Rapports topographiques. — Tout fibro-myôme débute dans la couche musculaire de l'utérus, mais il peut ne pas rester limité à celle-ci et inclus en elle. Suivant qu'il prend naissance plus ou moins près de sa face externe ou de sa face interne, il aura tendance à s'énucléer en se dirigeant soit vers le péritoine (*f. sous-péritonéal, sous-séreux, polype externe de Virchow*), soit vers la muqueuse utérine (*f. sous-muqueux, polype-myomateux*). Il peut encore prendre son développement tout en restant limité à l'épaisseur de la paroi utérine ; on a affaire, dans ce cas, à la variété de fibromes dits *interstitiels, intra-pariétaux, intra-muraux*.

Les corps fibreux sous-péritonéaux, émanant des bords de l'utérus, pénètrent dans les ligaments larges, en les dédoublant, et constituent les fibromes *sous* ou *intra-ligamenteux*.

Un pédicule plus ou moins long et plus ou moins étroit peut relier à l'utérus les corps fibreux sous-muqueux ou sous-péritonéaux ; ces tumeurs sont dites alors *pédiculées*. Elles sont *sessiles* quand elles s'implantent sur l'utérus par une large base.

Point n'est besoin d'insister longuement sur l'importance de ces divisions relativement aux modifications qu'une grossesse concomitante est susceptible d'imprimer aux fibromes. Plus les relations seront intimes entre le néoplasme et l'utérus et plus les modifications que lui fera subir la grossesse seront impor-

(1) E. Ziegler, Traité d'anat. pathol., 1892, T. I, p. 331.

tantes. D'un autre côté, un fibrome pédiculé et, par suite, mobile apportera un moindre obstacle à l'accouchement qu'une tumeur sessile et immobilisée.

Toutes les parties de l'utérus peuvent être le siège de la néoplasie fibro-myomateuse ; pourtant le col est moins souvent envahi que le corps. Le siège de prédilection des tumeurs fibreuses est la paroi postérieure du corps, au voisinage du fond.

Les fibromes qui prennent naissance sur la portion sus-vaginale du col se portent dans le bassin : ce sont les corps fibreux *pelviens* (Pozzi) ou *sous-aponévrotiques* (Delbet) ; il sont situés en effet sous l'aponévrose sacro-recto-génitale. Ceux qui émanent de la portion vaginale du col constituent des tumeurs *intra-vaginales*.

Très importante est encore, au point de vue spécial qui nous occupe, la division des fibromes en fibromes du corps et fibromes du col : les premiers occasionnent surtout la stérilité, l'avortement ou l'accouchement prématuré ; les seconds sont plutôt des causes de dystocie.

Evolution. — Les fibro-myômes sont des tumeurs bénignes, c'est dire qu'elles n'ont aucune tendance à la généralisation. Ils peuvent pourtant, quelquefois, subir la transformation sarcomateuse (*Myomes sarcomatoïdes*, de Williams). MM. Pilliet et Costes (1) expliquent cette évolution maligne par la structure même du corps fibreux, qui serait une tumeur angio-fibreuse, se rapprochant sensiblement du sarcome, puisqu'ils appartiendraient tous deux au type conjonctivo-vasculaire. L'élément fondamental du fibro-myôme ne serait ni le tissu conjonctif, ni le tissu musculaire, mais les capillaires de nouvelle formation. Ce développement exagéré de petits vaisseaux

(1) Pilliet. — Soc. anat. de Paris, 4 et 5 janvier 1894.

Pilliet et Costes. — Soc. de biologie, 20 octobre 1894.

entraîne l'hypergénèse des autres éléments, lesquels viennent se grouper, comme autant de lobules, sur l'arbre vasculaire.

Les tumeurs fibreuses sont susceptibles de subir la dégénérescence graisseuse, amyloïde (Stratz), la calcification, la transformation kystique (cysto-fibromes). La dilatation des capillaires produit la variété dite *caverneuse*. L'inflammation et la gangrène s'emparent quelquefois des fibro-myômes (Damas) (1).

Les fibromes constituent une affection étroitement liée à la vie génitale de la femme. Très rares avant 20 ans, ils se rencontrent, avec leur maximum de fréquence, de 35 à 45 ans. Ils cessent de croître en général et très souvent diminuent au moment de la ménopause. Les maladies générales ont quelquefois amené une diminution de la tumeur.

Un corps fibreux sous-péritonéal de petit volume passe aisément inaperçu et ne donne lieu qu'à une légère pesanteur abdominale. Plus volumineux, il occasionnera des troubles de compression et s'accusera par une tumeur abdominale très nette. Les fibromes sous-muqueux et interstitiels déterminent de bonne heure de la leucorrhée, de l'hydrorrhée, des hémorrhagies, le tout accompagné des douleurs propres à la métrite. La palpation abdominale, jointe au toucher vaginal, renseigne sur la forme, les dimensions et la situation de la tumeur.

Modifications apportées à l'utérus et à ses annexes par les tumeurs fibreuses. — Les corps fibreux impriment à l'utérus qui les porte de notables modifications, dont les unes touchent sa structure anatomique, tandis que les autres altèrent sa forme et ses rapports normaux.

Les altérations histologiques intéressent le muscle utérin et

(1) Damas. — Sur les complications infectieuses des fibromes utérins, Th. de Lyon, 1895.

la muqueuse. Les fibres musculaires s'hypertrophient, d'où augmentation de volume de la matrice et agrandissement de sa cavité. La muqueuse est presque toujours lésée. L'étude des métrites reconnaissant comme cause un fibro-myôme utérin est de date relativement récente. Cette variété de métrite n'est, en effet, bien connue que depuis les travaux de Campe (1), de Gœtze (2), de Curatolo (3). Il s'agit, dans ce cas, de métrites *glandulaires*, *hypertrophiques* et *hyperplasiques*, avec destruction des glandes dans la région correspondant à la tumeur. Cette altération de la muqueuse est la cause des métrorrhagies qui constituent un signe à peu près constant des fibromes utérins. Nitot (4) a constaté toutefois que, sur deux utérus fibromateux énormes, enlevés précisément pour hémorrhagies graves, la muqueuse utérine était absolument saine et sans trace aucune d'endométrite.

Tout le système génital subit, du reste, le contre-coup de la néoplasie utérine. Bullius (5) a trouvé constamment les ovaires altérés dans ces cas, Popow (6) était déjà arrivé aux mêmes conclusions ; il avait noté aussi que les altérations des trompes sont fréquentes, ce qui a été vérifié par Uter (7).

Trois directions sont ouvertes à une tumeur fibreuse en voie d'accroissement continu ; c'est ainsi qu'elle pourra envahir, suivant sa position, la cavité abdominale, la cavité pelvienne, la cavité utérine.

Dans le premier cas, s'appuyant sur les fosses iliaques, la

(1) Campe. — Zeits. f. Geb. und Gyn., 1884, p. 351.

(2) Gœtze. — Th. de Iena, 1886.

(3) Curatolo. — Annali di Ostet. e gyn., 1891, n^{os} 1 et 2.

(4) Nitot. — Soc. obst. et gyn. de Paris, 1893.

(5) Bullius. — Verhandl. des gyn. Kongresses zu Bonn, 1891.

(6) Popow. — Wratsh, 49, 1890 ; Cent. für gyn., 6 déc. 1890.

(7) Uter. — Centr. für gyn., 1891, p. 689.

tumeur, sous-péritoniale généralement, tend à s'élever progressivement dans l'abdomen, entraînant l'utérus dans son mouvement d'ascension. Celui-ci, s'allongeant outre mesure, subit, au niveau de l'isthme, un amincissement parfois considérable.

Si la tumeur ne peut sortir du petit bassin, elle s'y enclavera par suite de son développement et exercera une compression, quelquefois très violente, sur les organes pelviens et en particulier sur l'utérus qui se trouve par le fait plus ou moins déformé.

Dans le cas de fibrome sous-muqueux, l'accroissement de volume aura pour résultat l'oblitération de la cavité utérine d'abord, du canal cervical ensuite ; enfin, comme on en a vu plusieurs exemples, la cavité vaginale elle-même pourra être obstruée par d'énormes tumeurs en voie de développement continu, qui, prenant insertion sur le fond de l'utérus, vont s'épanouir à la vulve. Plus souvent le vagin est occupé par un fibrome du col.

Ce simple énoncé des perturbations que les tumeurs fibreuses occasionnent, par leurs dimensions ou leur présence seule, dans les rapports, la forme et la structure intime des organes génitaux de la femme, fait prévoir amplement l'influence fâcheuse qu'ils doivent exercer sur la fécondation, la grossesse et l'accouchement.

Influence de la grossesse et de l'accouchement sur les fibromyomes utérins.— Réciproquement, une grossesse n'évolue pas dans un utérus fibreux sans produire une réaction quelconque du côté de la tumeur, surtout quand celle-ci est en connexion intime avec le tissu utérin, ou tout au moins sans occasionner, au moment de l'accouchement surtout, le déplacement de cette tumeur.

Enfin, après l'accouchement, les corps fibreux de l'utérus sont fréquemment soumis à des troubles de nutrition qui

amènent leur diminution, voire même leur disparition totale, ou qui, joints aux traumatismes nombreux qu'ils ont reçus pendant le travail, les prédisposent à la gangrène, laquelle est quelquefois aussi un mode de guérison, mais qui peut devenir la source de graves complications.

Division du sujet. — Nous sommes ainsi naturellement amené à scinder notre étude en deux grandes divisions :

Dans la première partie, nous étudierons l'influence des tumeurs fibreuses de l'utérus sur la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

Dans la seconde, nous traiterons des modifications imprimées aux tumeurs fibreuses de l'utérus par une grossesse intercurrente, soit pendant la durée de la gestation, soit au moment de la parturition, soit seulement après l'accouchement.

PREMIÈRE PARTIE

INFLUENCE DES FIBRO-MYOMES UTÉRINS SUR LA FÉCONDATION, LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LES SUITES DE COUCHES

CHAPITRE PREMIER

FIBRO-MYOMES UTÉRINS ET CONCEPTION

La majorité des auteurs est aujourd'hui d'accord pour admettre que les fibro-myômes utérins sont une cause de stérilité, sinon absolue, ainsi que le prétendait Louis, du moins relative; ce qui revient à dire que les femmes myomateuses sont, d'une façon générale, moins fécondes que les autres.

Les statistiques réunies de Gusserow, Michels, Engelmann, Beigel, Schröder, Mangiagalli, Röhrig, Mac-Clintock, Scanzoni, Winckel, Susserott, Marion Sims donnent un total de 2,050 femmes affligées de tumeurs fibreuses de l'utérus. Sur ce nombre, 620 étaient stériles, soit 1 sur 3,14, un peu moins du tiers; tandis que, d'après Spencer Wells, chez les autres femmes, l'infécondité ne se rencontrerait qu'une fois sur 8 seulement.

Sur 100 femmes myomateuses, on trouverait 37,3 unipares, 53,5 pluripares et 9,09 multipares, au lieu de 22,7 unipares,

52,2 pluripares et 22,1 multipares que l'on observe chez les femmes saines (Winckel et Susserott).

Sur 41 femmes mariées, atteintes de tumeurs fibreuses de l'utérus et dont les observations ont été publiées par MM. Condamin et Repelin (1), Léonte (2), Picqué et Charrier (3), Rouffart (4), nous avons trouvé 15 femmes stériles, soit 34,14 0/0 ; 9 de ces femmes ont eu une grossesse, dont une terminée par avortement ; 4 ont eu deux grossesses, dont un accouchement prématuré ; 5, trois grossesses avec deux avortements ; 4, quatre grossesses dont un avortement ; 1, cinq grossesses ; 1, six grossesses dont trois avortements ; 1, sept grossesses ; 1, huit grossesses, le dernier accouchement ayant nécessité une application de forceps.

Les fibromes du col auraient une influence moins funeste sur la conception que ceux du corps de l'utérus. En effet, en colligeant tous les faits observés par Safford Lee, Guyon, Sims, on constate que 302 cas de fibro-myômes de l'utérus à l'état de vacuité fournissent 27 cas de tumeurs du col, tandis que, sur 380 cas de fibro-myômes compliquant la grossesse, Chahbazian en a relevés 80 au niveau du col. La proportion des fibromes du col utérin à ceux du corps est donc plus élevée pendant la grossesse, partant les fibromes du col doivent avoir moins d'influence sur la conception que ceux qui atteignent le corps même de l'utérus.

La coïncidence de la stérilité avec la présence de tumeurs fibreuses de l'utérus est un fait tellement remarquable qu'il a frappé tous les observateurs. Mais quelques-uns, renversant la

(1) Condamin et Repelin, *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 19 août 1893.

(2) Léonte, *Revue de chirurgie*, 10 juin 1894.

(3) Picqué et Charrier, *Ann. de gynécologie et d'obstétrique*, 1893.

(4) Rouffart, *La clinique de Bruxelles*, 10 août 1893.

proposition, soutiennent que c'est la stérilité qui occasionne le développement des tumeurs fibreuses de l'utérus : telle est l'opinion de Bayle, Meckel, Cruveilhier, Virchow, Scanzoni, Spiegelberg. Conheim (1) considère également la stérilité des femmes atteintes de corps fibreux comme la cause et non l'effet de ces néoplasmes. D'après sa théorie générale sur l'origine des tumeurs, toute néoplasie serait le produit de germes embryonnaires ayant anormalement persisté. Les germes qui demeurent dans l'utérus subissent, d'après Conheim, au moment de la grossesse, une prolifération active qui explique l'augmentation de volume de cet organe pendant cette période. Si, par suite de l'absence de fécondation, ces germes ne peuvent être utilisés physiologiquement, leur activité ne se manifeste pas moins, mais d'une façon pathologique, en donnant naissance à des tumeurs identiques comme structure au tissu utérin, les fibromyômes. C'est là une pure vue de l'esprit. Pourtant G. Léopold (2) n'est pas loin d'accepter cette théorie.

A la formule absolue de Louis, faisant de la stérilité la conséquence nécessaire des fibromes de la matrice, formule dont le simple examen des faits a promptement suffi à montrer toute la fausseté, on a substitué cet autre axiome, basé cette fois sur l'observation : les fibro-myômes utérins sont une cause puissante de stérilité. C'est là l'opinion de la grande majorité des accoucheurs et des gynécologistes à l'heure présente (Charpentier, Gordes, Pestalozza, Philipps, Pinard, Pozzi...). Cette opinion vient d'être pourtant sérieusement battue en brèche par un important mémoire de Hofmeier

Cet auteur soutient et démontre, chiffres en mains, que l'existence d'un fibroïde utérin n'est point le synonyme d'une dimi-

(1) J. Kadyi, *Etude sur la statistique des fibromes utérins par rapport à la théorie de Conheim*, Przegl. lek., novembre 1894.

(2) G. Léopold, *Sonderabdruck des Arch. für gyn.*, vol. 38, liv. 1^{er}.

nution dans la puissance de reproduction aussi accentuée qu'on le dit couramment. Mais il tombe, selon nous, dans l'excès contraire, quand il ajoute que, bien loin d'être une condition défavorable à la fécondation, la présence de fibro-myômes utérins exalte l'activité des organes génitaux et, par suite, augmente l'aptitude à la procréation.

Hofmeier a fait porter ses investigations sur 213 femmes atteintes de fibro-myômes de l'utérus ; 46 de ces femmes, soit 22,5 0/0 n'étaient pas mariées et deux d'entre elles avaient eu 1 enfant. Des 167 restant et mariées, 38, soit 22,7 0/0 n'avaient jamais été enceintes. Les auteurs indiquent généralement un pourcentage plus élevé de ménages stériles parmi les femmes mariées affectées de myômes utérins. Winckel en a trouvé 32 0/0 ; Rohrig, 29 0/0 ; Gusserow, 27 0/0 ; Weit, 25 0/0 ; Schumacher, 21 0/0 seulement. On peut conclure que 25 à 30 0/0 environ des femmes dont la matrice porte des corps fibreux sont stériles, tandis que la statistique de Duncan indique 15 0/0 seulement de femmes stériles, parmi la population féminine sans tare de ce côté. La différence est donc moins forte qu'on ne le dit communément.

Hofmeier présente une autre objection. Les 38 femmes mariées et stériles qu'il a observées avaient un âge moyen de 41,4 ans. Or, leur stérilité datait de 16 ans environ, soit de l'âge de 25 ans, c'est-à-dire d'une époque où les fibromes dont souffraient ces femmes n'étaient point encore appréciables, non seulement pour elles-mêmes, mais encore pour des gynécologues qui eurent l'occasion d'examiner plusieurs d'entre elles à ce moment ou même plus tard.

Sur 46 femmes myomateuses, 21 ont eu une grossesse, leur âge moyen étant 41,4 ans, 25 ont eu 2 grossesses, avec un âge moyen de 45 ans ; l'unique ou dernier accouchement remonte à 16 ans en moyenne chez ces femmes. D'autre part, 67 femmes affectées également de fibromes et d'un âge moyen de 45,8 ans,

ont eu 5 grossesses chacune, le dernier accouchement datant de 12 ans. Rapprochant ces deux groupes, Hofmeier fait remarquer que les âges moyens des deux catégories de femmes diffèrent fort peu, et que l'évolution clinique de la tumeur a été à peu près identique chez toutes. Il conclut que si les corps fibreux n'ont pas empêché les grossesses répétées chez 67 femmes, il n'y a pas de raison pour les incriminer dans les 46 autres faits se rapportant à des femmes n'ayant plus eu d'enfants depuis 16 ans, époque à laquelle il est bien probable qu'elles n'avaient point encore de fibromes. Il pense qu'il faut rattacher plutôt la stérilité à une autre cause.

D'après l'examen d'un très grand nombre de femmes, Kleinwachter a récemment contrôlé ces conclusions de Hofmeier, et il les accepte pleinement. Par contre, West sur 82 femmes myomateuses en a trouvé 20 stériles; les 62 autres ont fourni 174 grossesses, mais 31 de ces femmes n'ont pu mener leur enfant à terme.

Quant à nous, il nous paraît légitime de conclure que les fibro-myômes de l'utérus, pour ne pas avoir une influence aussi marquée qu'on l'a avancé jusqu'alors sur la stérilité, n'agissent pas moins d'une façon incontestable pour diminuer la fécondité. Mais nous ne pouvons souscrire à la proposition de Hofmeier tendant à faire des tumeurs fibreuses un excitant de la fonction de reproduction.

La diminution de la fécondité produite par les fibro-myômes se retrouve dans toutes les statistiques, et ce fait a été également observé en médecine vétérinaire: Lafosse fait remarquer que l'on rencontre souvent des fibromes utérins chez les femelles stériles des grands animaux domestiques.

Cette stérilité relative de la femme ayant un corps fibreux de la matrice trouve, du reste, une explication largement suffisante dans les modifications diverses que produit la néoplasie fibro-myomateuse sur l'utérus qui la porte.

Tout d'abord, nous signalerons la métrite qui peut survenir dans les premières phases du développement du fibro-myôme, alors que son volume ne gêne point encore. Nous avons indiqué plus haut les caractères de cette métrite et signalé sa fréquence. L'inflammation de la muqueuse utérine est susceptible de propagation à celle des trompes, d'où oblitération possible de celles-ci (Chiari). Les corps fibreux utérins s'accompagnent presque toujours de lésions des annexes. Sur 13 trompes examinées par Popow, 4 présentaient de l'inflammation catarrhale, 2 de l'hyperhémie, 1 un hémato-salpynx ; 5 seulement étaient saines.

L'ovaire lui-même peut participer aux lésions du système génital (Bullius). Popow a examiné quarante ovaires provenant de castrations faites sur des femmes myomateuses. Tous ces ovaires étaient plus ou moins altérés. Les lésions se rencontraient surtout au niveau du tissu conjonctif ; il y avait prolifération de ce tissu, d'où hypertrophie de l'ovaire et atrophie des follicules de de Graaf.

Les hémorrhagies et l'hydrorrhée apportent, de leur côté, leur part de difficulté à l'acte de la fécondation. La contraction spasmodique de l'utérus, réflexivement engendrée par l'excitation qu'exerce sur ses fibres musculaires une tumeur, même petite, surtout si elle a pour siège la portion cervicale, vient momentanément annihiler la lumière de l'utérus et barrer la voie aux spermatozoïdes.

En prenant du développement, la tumeur ne fait que multiplier les obstacles à la fécondation. La cavité utérine est généralement agrandie ; mais la surface en est irrégulière, l'axe dévié, sinueux, le calibre rétréci.

Seltene (1) a observé deux cas d'aménorrhée coïncidant

(1) Seltene, *Vorkommnisse Uterus fibromen* : *Arch. für Gyn.*, B. XIV, H. 3, p. 494.

avec des fibroïdes utérins ; dans l'un d'eux, il y avait occlusion complète du col.

Les déviations utérines sont fréquentes, surtout avec les fibromes sous-péritonéaux ou interstitiels. Quant aux fibromes sous-muqueux, ils obstruent parfois, dès leur début, les orifices des trompes ou celui du col, suivant leur lieu d'implantation. Dans le cas de fibrome enclavé, la filière pelvienne peut disparaître totalement par écrasement. Avec une tumeur à développement abdominal, l'utérus, entraîné en haut, s'étire et voit sa lumière s'étrangler en un point.

Les poussées de pelvi-péritonite, qui compliquent presque toujours l'évolution des tumeurs fibreuses, viennent ajouter leur appoint aux difficultés de la conception. Enfin, le vulvo-vaginisme, rendant parfois tout rapprochement sexuel impossible, n'est point très rare chez les myomateuses (Péan).

Au reste, l'expérience directe a été faite, et Lefour cite le cas d'une femme qui n'avait pas eu d'enfant depuis deux ans, et qui devint enceinte immédiatement après l'ablation d'un fibrome du col. Voici une observation analogue :

Première observation (1) (X.-O. Werder, 1894). — Femme opérée d'un fibro-myôme utérin ; trois mois après, grossesse ; accouchement normal à terme.

(1) Toutes les observations citées sont résumées.

CHAPITRE II

FIBRO-MYOMES UTÉRINS ET GROSSESSE

Si la grossesse est possible, malgré la présence d'un corps fibreux de l'utérus, son évolution se ressent toutefois le plus souvent des conditions anormales dans lesquelles elle est forcée de s'effectuer.

Tout d'abord, la tumeur, qui n'avait point fait obstacle à la migration des spermatozoïdes, animés de mouvements propres, peut s'opposer à l'arrivée dans l'utérus de l'ovule fécondé. Celui-ci n'avance, en effet, que poussé par les contractions de la trompe et sous l'impulsion des vibrations ciliaires de sa muqueuse. Or, nous savons que les fibro-myômes sont susceptibles de déterminer dans la trompe des modifications de structure amenant des troubles dans les mouvements des cils de son revêtement épithélial (Pestalozza), ou occasionnant des rétrécissements, des obstructions par caillots, ou encore des adhérences déviant son pavillon.

Ces obstacles divers s'opposent au libre cheminement de l'ovule qui se greffe en un point quelconque de la trompe ou tombe dans le péritoine, donnant ainsi naissance à une grossesse ectopique.

Les cas de grossesses extra-utérines coïncidant avec des corps fibreux de l'utérus ne sont pas bien rares. Nous citerons, avec Lefour, les faits de Stoltz, Allport, Harley, Breslau, Conradi, Léopold, et nous y ajouterons les trois observations suivantes :

2^m^e obs. (Dolérís, 1890). — Secondipare de 30 ans ; première grossesse normale ; après un retard de 25 jours, les règles repaissent et durent 8 jours, accompagnées de douleurs. Diagnostic : fibrome utérin, grossesse récente, avortement probable. Myôtomie avec ablation des annexes. La pièce pathologique, pesant 910 grammes, comprenait l'utérus avec un fibro-myôme inclus dans sa paroi latérale, les annexes normales, sauf une trompe distendue dans sa moitié externe, rompue à sa jonction avec le pavillon de la trompe et présentant des débris ovulaires adhérents à sa paroi.

3^m^e obs. (Le Bec, 1892). — Femme de 34 ans, mariée depuis quatre ans ; pas de grossesse. Depuis 4 mois, douleurs abdominales, vomissements ; depuis 3 mois, suppression des règles. Il y a 1 mois, violentes coliques pendant 48 heures, suivies d'une métrorrhagie abondante. Ventre volumineux ; à droite, tumeur remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade fémorale ; à gauche, tumeur molle de même volume. Ni souffle, ni battements. Le col est refoulé à gauche sous le pubis ; le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur molle. Diagnostic : tumeur des trompes de nature indéterminée.

Laparotomie. Ascite ; pyo-salpynx gauche ; extirpation des annexes de ce côté. La trompe droite forme une masse qui remplit le bassin et y adhère fortement ; en la décollant, elle crève, il en sort un petit fœtus mort au troisième mois environ. Extirpation des annexes droites. On trouve ensuite un fibrome sous-séreux de la face postérieure de l'utérus. Enucléation ; guérison.

4^e obs. (Péan, 1893). — Fibrome utérin, grossesse tubaire Fœtus et placenta putréfiés.

L'œuf, une fois dans la cavité utérine, peut, par suite des modifications éprouvées par la muqueuse, ne pas trouver toujours à se fixer à l'utérus et être alors entraîné au dehors par le flux sanguin, hydorrhéique ou leucorrhéique. C'est là certainement une nouvelle cause de stérilité à ajouter à toutes celles que nous avons précédemment signalées, cause de stérilité qui n'est pas susceptible sans doute d'un contrôle direct, mais

que rend bien probable la fréquence si grande des insertions placentaires sur le segment inférieur, observées dans les cas de tumeurs fibreuses de l'utérus.

Les fibromes sous-muqueux et interstitiels semblent favoriser l'insertion vicieuse, et ce sont, en effet, ces variétés de néoplasmes qui produisent les modifications les plus profondes du côté de la muqueuse. Lefour a trouvé l'insertion vicieuse notée 13 fois sur 307 cas, soit 4 fois sur 23,61. Nous l'avons nous-même trouvée mentionnée trois fois sur 149 observations, soit une fois sur 49,66, soit 2,01 %, tandis que la fréquence moyenne de l'insertion sur le segment inférieur serait, dans les cas ordinaires, de 1 sur 500. Les corps fibreux du col semblent n'avoir qu'une influence très restreinte sur l'insertion vicieuse ; Chahbazian n'en a trouvé que 2 cas sur 80 observations.

L'observation suivante de grossesse cervicale, fait des plus rares, due à M. le professeur Tarnier, vient encore à l'appui de notre opinion.

5^e obs. (M^{me} Henry, 1893).— Femme de 39 ans, primipare, entrée le 17 janvier 1887 dans le service de M. Tarnier. L'utérus remonte à droite sous les fausses-côtes ; à gauche, tumeur sphéroïdale paraissant greffée sur l'utérus et ayant le volume du poing, semblant pédiculée comme certains fibromes sous-péritonéaux, se contractant à chaque douleur et manifestement sonore. Col mou, très élevé, perméable ; vagin obstrué en grande partie par une tumeur volumineuse, mollassse, arrondie. Membranes rompues depuis trois jours ; écoulement d'un liquide fétide. *Présentation élevée d'un des plans latéraux* ; la tête est dans la fosse iliaque droite. Pas de bruits fœtaux. Les contractions utérines sont faibles et l'accouchement impossible, vu l'obstacle vaginal.

Le 18 janvier, M. Tarnier fait une *opération césarienne*. L'utérus incisé, il aperçoit, à la partie supérieure de la cavité ouverte, une sorte d'éperon, de chaque côté duquel il introduit le doigt. A droite, il est arrêté presque immédiatement ; à gau-

che, il pénètre profondément dans l'intérieur de la petite tumeur pédiculée; on pense à un utérus bifide. Extraction du fœtus macéré et de ses annexes; suture de l'utérus et de la paroi. Mort 12 heures après.

L'autopsie montre que l'utérus est refoulé à gauche par une tumeur volumineuse, plus grosse qu'une tête d'adulte, c'est un corps fibreux ramolli, moitié abdominal, moitié pelvien. A la partie supérieure gauche se trouve la tumeur pédiculée qui est le corps de l'utérus. Le col se montre extraordinairement dilaté, mais nulle part rompu. L'utérus incisé présente les particularités suivantes: 1° la petite tumeur adventice supérieure est bien le corps utérin dont la cavité est dilatée et bordée à sa partie supérieure par un relief appréciable, formant bourrelet et présentant un orifice qui n'est autre que l'orifice interne du col; 2° au-dessous de ce relief, on trouve une autre cavité, beaucoup plus considérable, qui logeait le fœtus; on reconnaît nettement l'insertion placentaire à la partie postéro-supérieure de cette cavité, tandis que c'est sur la paroi postéro-inférieure qu'est fixé le fibrome. Il y avait donc eu grossesse cervicale.

Le placenta prend quelquefois insertion sur la tumeur même (Tarnier). Lefour a relevé cette insertion dans 8 cas seulement, et nous dans 4 cas; mais toutes les observations sont loin de faire mention du lieu de l'insertion placentaire. Nous verrons bientôt que cette insertion sur la tumeur est de quelque importance au point de vue de l'avortement.

Dans quelques cas heureux, la grossesse suit son cours normal jusqu'au terme, et alors l'accouchement présente plus ou moins de difficultés; mais bien souvent, par contre, elle est interrompue à une période quelconque de la gestation et il y a alors avortement ou accouchement prématuré.

L'interruption de la gestation n'est pas le seul accident qui puisse venir marquer l'évolution d'une grossesse, avec complication de fibrome de l'utérus. On note encore les hémorrhagies, l'hydrorrhée, les troubles de compression (œdème, constipation, rétention d'urine, crampes, névralgies, ascite, néphrites, éclampsie); des complications inflammatoires (péritonite); des

déplacements de l'utérus, enfin des troubles de la circulation générale (thrombose, embolie).

Avant de passer en revue ces complications diverses, nous citerons quelques observations de grossesses évoluant normalement dans des utérus farcis de corps fibreux.

6° *obs.* (Gallard, 1887). — Utérus portant plusieurs corps fibreux : deux sur le fond, deux sur le segment inférieur. Malgré ces tumeurs et l'avis de plusieurs médecins, une grossesse put arriver à bon terme.

7° *obs.* (C. Decio, 1891). — Primipare de trente-cinq ans ; fibromes multiples, interstitiels et sous-péritonéaux, compliquant la grossesse qui arriva à terme. L'accouchement se fit naturellement. Les tumeurs ne disparaissant pas, Mangiagalli fit la laparotomie dix-neuf jours après l'accouchement et les extirpa. Guérison.

Ce sont surtout les fibromes sous-péritonéaux qui permettent l'évolution normale d'une grossesse concomitante.

8° *obs.* (Gallard, 1887). — Enorme corps fibreux à peu près sessile, implanté sur le fond de l'utérus et émergeant vers la cavité péritonéale ; dans une grossesse heureuse, cette tumeur a pu être repoussée très haut dans l'abdomen.

AVORTEMENT. — Les statistiques de West, Winckel, Sébileau, Nauss, Tolocznow, Lefour, Stratz, portant sur un total de 728 femmes myomateuses, accusent 170 avortements, soit 1 pour 4,28. D'autre part, sur 548 cas réunis par Stavely, 15 0/0 des femmes avortèrent. Chahbazian a noté 8 avortements sur 73 cas de fibromes du col compliquant la grossesse, c'est-à-dire 1 pour 9,19. Les fibromes du corps exposent donc bien davantage à l'avortement que ceux qui siègent sur le col. Pendant la grossesse, en effet, les deux segments de l'utérus ne subissent pas une évolution parallèle. L'agrandissement de

là cavité se faisant principalement aux dépens du corps, on comprend la gêne plus grande apportée à l'évolution normale de l'ampliation utérine par un corps fibreux de cette région.

Sur les quatre cas de fibro-myômes venant compliquer la grossesse que nous avons pu observer, trois fois la tumeur occupait le corps utérin, et dans les trois cas il y eut avortement ; le quatrième cas, ayant trait à un fibrome du col, permit l'évolution jusqu'au terme. Voici cette dernière observation :

9^e obs. (personnelle, rédigée d'après les notes de Mlle Michel, élève sage-femme). — C. G..., vingt-six ans, ménagère, entre à la Maternité, service de M. le professeur Queirel, le 28 février 1896. Cette femme, sans antécédents pathologiques, a eu ses dernières règles à la fin du mois de mai 1895. Elle offre une petite tumeur fibreuse, dure, de la grosseur d'une amande, sur la partie latérale gauche du col. L'enfant se présente par le sommet, en position O. I. G. A. La grossesse a été normale. L'accouchement a lieu spontanément, le 2 mars, après une dilatation rapide ; délivrance naturelle. La femme quitte le service au bout de onze jours ; le fibrome présentait à ce moment le même volume et la même consistance qu'avant l'accouchement.

Hueter estime que l'avortement est la terminaison presque fatale de la grossesse développée dans un utérus fibro-myomateux ; puisque, dit-il, malgré la fréquence extrême des tumeurs fibreuses utérines, on les trouve assez rarement mentionnées comme cause de dystocie, c'est donc qu'elles ont, ou bien mis obstacle à la fécondation, ou bien déterminé un avortement. Chadwick pense, au contraire, que les avortements ne sont pas plus fréquents dans les grossesses compliquées de corps fibreux que dans les grossesses normales.

Hofmeier, sur 20 femmes myomateuses, n'a observé que 2 fois l'avortement ; aussi fait-il la critique de l'opinion courante regardant l'avortement comme très fréquent dans les cas

de tumeurs fibreuses de l'utérus. Analysant les statistiques, il montre que l'on n'a pas toujours recherché avec assez de soin la véritable cause de l'avortement, que l'on s'est empressé de mettre sur le compte du fibrome, qui attirait toute l'attention.

Il n'est pas douteux, en effet, que les causes banales de l'avortement n'agissent avec une facilité plus grande encore quand elles s'exercent sur un utérus gravide, déjà rendu point de moindre résistance par une tumeur fibreuse.

Dans les deux observations suivantes, l'avortement reconnu comme cause occasionnelle un traumatisme abdominal.

40^e obs. (personnelle) (1). — Louise M..., âgée de quarante ans, a toujours joui d'une excellente santé et n'a jamais eu d'enfant. Le 12 juillet 1895, elle a eu ses règles aussi abondantes que de coutume ; mais elles ont manqué depuis, et elle a compris bientôt qu'elle était enceinte. Le 15 décembre, cette femme fait une chute dans un escalier ; elle n'y prête point attention sur le moment ; mais, deux jours après, elle est prise d'une abondante métrorrhagie qui la force à entrer à l'hôpital, où elle est admise, le 18 décembre, dans le service de M. le professeur Queirel, à la Clinique obstétricale, lit n° 2.

Plusieurs injections vaginales très chaudes et antiseptiques tarissent promptement l'hémorrhagie. L'examen montre que l'abdomen est très développé, d'un volume exagéré eu égard à l'âge de la grossesse ; le fond de l'utérus dépasse, en effet, l'ombilic de deux travers de doigt. La ligne brune est légèrement estompée ; les mamelons sont à peine pigmentés, mais présentent des tubercules de Montgomery hypertrophiés, et leur pression donne issue à du colostrum.

Le palper ne permet de déceler aucune partie fœtale : il fait sentir un utérus régulièrement développé ; pas de mouvements actifs ; l'auscultation reste absolument négative. Le toucher seul donne de précieux renseignements ; il montre que le col est fortement repoussé en avant, sous le pubis ; sa longueur est conservée, sa cavité admet l'index ; la lèvre antérieure

(1) Le début de cette observation a été rédigé par notre ami et collègue H. Jourdan, qui nous a précédé dans le service.

est mince, de consistance normale; la lèvre postérieure est épaissie et ramollie. Le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur dure, arrondie, de la grosseur d'une tête de fœtus presque à terme.

La température axillaire est de $37^{\circ}3$; l'état général est excellent.

M. le professeur Queirel porte le diagnostic de fibrome utérin compliqué de grossesse, avec menace d'avortement.

La femme est mise au repos absolu; on lui administre un lavement laudanisé et plusieurs injections vaginales de biiodure de mercure. Le soir, la température est à $37^{\circ}5$.

L'état reste stationnaire et satisfaisant jusqu'au 27, jour où l'hémorrhagie recommence, accompagnée de douleurs lombaires. L'orifice du col permet l'introduction de deux doigts; les membranes se rompent spontanément le lendemain matin; les eaux ont une coloration brunâtre et une odeur fétide. Bientôt on s'aperçoit de la procidence du cordon macéré et rompu; on en retire un fragment de 40 centimètres de longueur. L'expulsion du cordon est suivie, dans la soirée, de celle d'un petit membre supérieur en entier, omoplate comprise, dans un état de décomposition prononcée. Il va sans dire que pendant la journée on a fait plusieurs injections intra-utérines; la température reste à 37° .

La dilatation du col n'avançant pas, on applique, le 29, un ballon de Champetier de Ribes. Il est expulsé à demi dégonflé, après quatre heures de douleurs environ. L'orifice externe est largement dilaté; la cavité cervicale est infundibuliforme, en éteignoir, et l'orifice interne toujours à peu près dans le même état de dilatation, deux travers de doigts environ. Le doigt ramène une partie de la paroi thoracique du fœtus comprenant quatre côtes. L'état général de la malade est toujours bon; elle n'a point de fièvre; elle prend un peu de repos pendant la nuit; du reste, elle a très modérément souffert.

Le lendemain, 30 décembre, ce qui reste du tronc et les membres inférieurs sont spontanément expulsés. On retire ensuite la tête, non sans difficulté, à l'aide d'une longue pince. Il est difficile d'assigner un âge précis à ces débris fœtaux; on estime qu'il doit s'agir d'une grossesse entre le 3^e et le 4^e mois. On pratique une abondante injection intra-utérine, suivie d'un tamponnement vaginal, traitement qui est répété deux fois par jour, le 31 décembre et le 1^{er} janvier 1896.

L'utérus remonte encore à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic et, dans le cul-de-sac postérieur, on sent toujours la même tumeur dure et arrondie.

Le 2 janvier, au matin, la température s'étant subitement élevée à 38°4 et la perte utérine présentant une odeur fétide, M. le professeur Queirel pratique, sous le chloroforme, le curettage de l'utérus à la cuiller mousse, qui ramène de nombreux débris placentaires. La dilatation du col ne permet pas une exploration intra-utérine suffisante pour renseigner sur la situation exacte et la variété de la tumeur à laquelle on a affaire. Il est très probable, toutefois, qu'elle intéressait le segment inférieur et que c'est à la présence de cette tumeur fibreuse que l'orifice interne était redevable de sa rigidité.

L'opération fut suivie d'un lavage soigneux de la cavité utérine et d'un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Deux fois par jour, matin et soir, l'opérée reçoit une injection intra-utérine de biiodure de mercure. Les pertes conservent cependant une certaine fétidité et, après être descendue à la normale, la température commence à osciller avec des ascensions vespérales atteignant souvent 39°. L'état général se conserve cependant excellent. Cette hyperthermie est mise sur le compte du sphacèle du fibrome ; et, en effet, nous sentions chaque jour, en pausant cette femme, que la tumeur, perceptible dans le cul-de-sac postérieur, se ramollissait de plus en plus ; d'autre part, la hauteur du fond de l'utérus s'abaissait insensiblement.

La malade mange volontiers et ne se plaint nullement. Elle a eu de la constipation après son avortement et le curettage, constipation qui a cédé facilement à quelques verres d'eau de Sedlitz. Le 28 janvier au soir, elle est prise de coliques qui augmentent dans la nuit et prennent le caractère expulsif. Le lendemain matin, elle accouche, après quelques douleurs assez vives, d'une masse noirâtre, d'odeur repoussante, d'une consistance assez ferme, pesant 325 grammes. Cette masse charnue était allongée et mesurait dans sa plus grande longueur 20 centimètres environ, sur 12 centimètres de largeur moyenne et à peu près 8 centimètres d'épaisseur. C'était bien une tumeur fibreuse, ainsi que nous le démontra l'examen microscopique que nous avons confié à notre ami E. Mossé, externe des hôpitaux, auquel nous adressons ici nos meilleurs remer-

ciements. Nous donnerons, dans la seconde partie de ce travail, le résultat détaillé de cet examen.

L'expulsion de la tumeur s'accompagne d'un léger écoulement de sang et d'une diminution considérable du volume de l'utérus. Les lavages antiseptiques sont continués avec rigueur et, dès le lendemain, la température tombe définitivement. La malade réclame sa sortie le 3 février. A ce moment, le fond de l'utérus arrive au ras du bord supérieur du pubis et le cul-de-sac postérieur est absolument libre.

11° Obs. (Ch. Faguet, 1893). — Femme de 36 ans, entrée dans le service du P^r Lannelongue (de Bordeaux) pour une affection utérine. Réglée à 18 ans, ses règles étaient douloureuses, duraient 5 à 6 jours et venaient régulièrement. Trois grossesses : la première à 21 ans, la seconde à 30 ans, toutes deux normales.

Dans le courant de mai 1893, se trouvant enceinte pour la troisième fois et de deux mois environ, cette femme glissa et tomba à plat ventre sur un paquet de bois qu'elle portait. Deux jours après, elle commença à perdre du sang en assez grande abondance, elle eut quelques coliques utérines et finalement, vers le septième jour, elle expulsa un embryon enveloppé de gros caillots. Il ne s'est manifesté après cet avortement aucun symptôme d'infection, mais les pertes sanguinolentes ont persisté.

Examinée le 30 juin, on constate sur la ligne médiane et immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne, le corps de l'utérus ayant conservé sa forme normale, mais augmenté de volume et douloureux à la pression. Le col utérin est ramolli, l'index y pénètre facilement et on constate l'existence d'une tumeur assez ferme, de forme irrégulière, mamelonnée, s'insérant sur la paroi postérieure de la cavité utérine par une large base d'implantation.

Le 7 juillet, section de l'utérus, primitivement abaissé, au moyen de ciseaux droits, au niveau de chaque commissure, jusqu'à l'orifice interne ; la cavité utérine rendue ainsi facilement accessible, apparaît occupée en grande partie par une tumeur du volume d'une amande. On ne peut la détacher de la paroi utérine dans laquelle elle s'infiltré profondément ; on pratique alors l'hystérectomie vaginale. Guérison.

L'utérus est augmenté de volume d'une façon générale ; les

ovaires sont scléro-kystiques ; les trompes sont saines. La tumeur est constituée par des fibres musculaires lisses et des fibres conjonctives ; en certains points, elle est en voie de sphacèle.

Dans ces deux observations, l'avortement s'est certainement produit à l'occasion d'un traumatisme ; mais il est légitime de supposer que l'existence de tumeurs fibreuses n'a sans doute pas été sans exercer une influence favorisant l'arrêt de la grossesse. Il n'en reste pas moins établi, ainsi que le fait remarquer Hofmeier, que l'on doit toujours, dans un cas d'avortement coïncidant avec la présence d'un corps fibreux de l'utérus, rechercher soigneusement s'il n'existe pas une autre cause qui ait pu déterminer l'arrêt de la gestation.

Un fibro-myôme utérin peut-il, par sa seule présence et en dehors de toute autre cause, occasionner l'avortement ? Tout le monde est à peu près d'accord pour répondre à cette question par l'affirmative, et de nombreuses observations viennent à l'appui de cette opinion. La statistique, très difficile du reste à établir pour les avortements, n'indique pourtant pas une différence très grande entre les femmes myomateuses et les femmes saines au point de vue de l'arrêt prématuré de la grossesse. Aussi plusieurs auteurs, entre autres Chadwick et Hofmeier, ont-ils soutenu que les fausses couches ne sont pas plus fréquentes avec un utérus fibreux qu'avec un utérus sain.

Hofmeier a observé 20 femmes atteintes de tumeurs fibreuses de l'utérus, sur lesquelles 17 ont accouché à terme après une grossesse normale et dont 2 seulement ont avorté, l'une à 6 mois, l'autre à 3 mois. Nous ne pouvons pourtant adhérer à la conclusion de Hofmeier disant que les dangers d'avortement ne sont pas plus grands dans la grossesse compliquée de fibrome que dans une grossesse normale. A sa statistique nous opposerons la nôtre : sur 149 grossesses compliquées de fibro-myômes utérins, 14 se terminèrent par avortement, et

nous ne comptons pas les cas dans lesquels une opération permit à la grossesse menacée de suivre son cours, pas plus que nous ne comptons, du reste, les faits d'avortement consécutifs à un traumatisme, opératoire ou non.

Sur 39 avortements rapportés par Lefour, l'âge de la grossesse n'est pas mentionné dans 7 observations; les 32 autres cas se répartissent ainsi : 2 avortements au 1^{er} mois, 4 au 2^{me}, 6 au 3^{me}, 9 au 4^{me}, 4 au 5^{me}, 7 au 6^{me}.

Nombreuses sont les causes que l'on est en droit d'invoquer pour expliquer la fréquence plus grande des avortements coïncidant avec des corps fibreux utérins. Elles sont les mêmes que celles que nous avons déjà notées comme mettant obstacle à la fécondation : endométrite (1), hydorrhée, hémorrhagie décollant le placenta et amenant la mort du fœtus. L'insertion partielle du placenta sur la tumeur favorise l'hémorrhagie par décollement prématuré. L'utérus se contracte silencieusement pendant toute la durée de la grossesse; ses contractions sont sans effet sur le placenta, tant qu'il est normalement inséré, mais qu'il soit en connexion en partie avec la tumeur fibreuse, en partie avec le tissu utérin, il se produira fatalement des tiraillements par suite du manque de synergie entre les contractions des deux tissus différents, d'où déchirures possibles, hémorrhagies, avortement.

Les déviations utérines sont une cause de fausse-couche par l'obstacle qu'elles mettent souvent au libre développement de l'œuf. •

On a pensé que l'avortement pouvait dans quelques cas relever du défaut d'extensibilité du tissu utérin altéré. A l'encontre de cette opinion, Lefour cite quatre observations de

(1) V. Bué. Des endométrites gravidiques (Presse méd., 18 mars 1896.)

grossesses gémellaires et une de grossesse trigémellaire, compliquées de fibromes et conduites à terme.

Toutefois, la *gémellité* est une véritable complication nouvelle et il est rare que deux enfants puissent arriver à terme et vivants, quand l'utérus est porteur d'un fibrome. Le pronostic est également aggravé pour la mère.

12° *Obs.* (J. Philipps, 1886). — Primipare de 33 ans, grossesse au 8° mois. On porte le diagnostic de fibromes de la paroi antérieure compliquant une grossesse trigémellaire. On pratique l'accouchement prématuré artificiel qui donne deux jumeaux mort-nés. La mère meurt une heure après. Le placenta était inséré sur une partie saine de l'utérus, ce qui explique l'absence d'hémorrhagie.

13° *Obs.* (H. Treub, 1894). — Femme de 35 ans, ayant eu un accouchement normal il y a 11 ans. La menstruation avait cessé depuis 6 mois ; le ventre avait rapidement grossi. La malade fut subitement prise des douleurs du travail et expulsa à 48 heures d'intervalle deux fœtus morts. Aucun délivre ne sortit ; fièvre. Treub la voit deux jours après. L'état général était mauvais, le ventre distendu par une tumeur molle qui atteignait le rebord costal et se perdait en bas dans le bassin. Toute la cavité pelvienne était occupée par une grosse tumeur sphérique, molle, presque fluctuante, faisant corps avec la tumeur abdominale. Le col était refoulé en avant. Le diagnostic s'imposait : Gros-fibro-myôme de la lèvre postérieure du col, ayant compliqué une grossesse gémellaire et accompagné maintenant de rétention de placentas. Il fallait extraire promptement ces derniers et, comme on ne pouvait faire pénétrer la main dans l'utérus et que l'infection était déjà avancée, une seule chance restait, l'extirpation de l'utérus avec la tumeur. L'opération fut faite : dans un premier temps, on sectionna la paroi vaginale circulairement, au niveau du col en avant, de la tumeur en arrière ; dans un second temps, l'utérus fut extrait par la laparotomie ; mort 5 heures après. Dans l'utérus se trouvaient les deux placentas putréfiés, *insérés sur la tumeur*. Fibrome fortement lymphangiectasé.

Le plus souvent, sans doute, l'expulsion prématurée du produit de la conception est due à des contractions utérines réflexes déterminées par l'irritation qu'occasionne la néoplasie, jouant le rôle d'épine. C'est ce qui explique l'importance considérable du siège de la tumeur : les fibromes sous-muqueux sont plus dangereux que les fibromes interstitiels, les sous-péritonéaux étant les moins graves à ce point de vue.

14° Obs. (G. Boardmand, 1886). — Primipare au 6^e mois environ ; le fond de l'utérus remonte au-dessus du niveau de l'ombilic ; l'utérus est irrégulièrement développé et mamelonné. Par le toucher, on sent un fibrome dans le cul-de-sac postérieur, obstruant l'excavation dans sa partie postérieure ; il est impossible de déplacer cette tumeur. Le col est mou, entr'ouvert, repoussé derrière la symphyse. Le cœur fœtal s'entend à droite et au-dessous de l'ombilic. L'avortement se produit ; fœtus mort. *Le fibrome pelvien remonte* ensuite au-dessus du détroit supérieur ; guérison.

15° Obs. (Porak, 1888). — Corps fibreux de l'utérus : l'un sous-séreux, l'autre interstitiel ; avortement spontané au 5^e mois. Rétention du délivre. Ablation du corps fibreux interstitiel ; *atrophie et disparition du fibrome sous-muqueux*. Superinvolution utérine.

Les fibromes du col, et surtout les polypes qui viennent s'engager dans sa cavité, sont susceptibles également de causer l'avortement.

16° Obs. (Harrison, 1886). — Femme de 34 ans, primipare ; myôme du col ; *avortement au 2^e mois* ; extirpation du myôme deux mois après.

17° Obs. (V. Soutouguine, 1891). — Fibrome du col ; *avortement* spontané ; énucléation de la tumeur ; guérison.

Les fibromes sont si bien la cause de certains avortements, qu'on a vu des cas dans lesquels une femme, ayant avorté une

première fois et ayant ensuite subi l'extirpation de sa tumeur, a pu conduire jusqu'au terme une nouvelle grossesse sans accident aucun.

18° Obs. (Houzel, 1891). — Primipare de 35 ans, *avortement imminent vers 5 mois et demi*. Version sous chloroforme. Houzel rencontre d'abord les bras et la partie antérieure du thorax fortement arqué en arrière, comme en opisthotonos ; la tête défléchie, renversée en arrière, était dans la fosse iliaque gauche, la face regardant en bas et en avant. Derrière l'enfant, une grosse tumeur appuyait sur ses reins. Les pieds étaient à droite. *Version facile ; délivrance artificielle*. Le fond de l'utérus était occupé par une tumeur lisse, dure, du volume du poing, qui était un fibro-myôme interstitiel ou sous-muqueux ; *un tiers du placenta s'insérait sur cette tumeur*. Au bout de 8 jours, la température monta à 38°. La tumeur, un peu sphacélée, fut enlevée par morcellement par la voie vaginale ; guérison. A quelques mois de là, cette femme eut une *nouvelle grossesse*, qui fut physiologique.

Loehlein a publié un fait analogue : une femme, qui avait avorté plusieurs fois, put, enfin, à la suite de l'énucléation d'un fibrome utérin, mener une grossesse à terme.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ. — Sur 227 observations faisant mention de la terminaison de la grossesse, Lefour a noté 23 accouchements prématurés, soit 1 sur 9,86. Sur 73 cas de fibromes du col, Chahbazian a trouvé 10 accouchements prématurés, soit 1 pour 7,30. Si donc les avortements sont plus fréquents avec les fibromes du corps utérin, en revanche les corps fibreux du col déterminent plutôt l'accouchement prématuré. Cela se conçoit aisément, puisque le segment inférieur ne participe à l'ampliation de l'utérus que dans les derniers mois de la grossesse.

Des 23 accouchements prématurés rapportés par Lefour, 8 eurent lieu du 7° au 8° mois, 11 du 8° au 9° mois ; pour les 5 restant, l'époque n'est pas mentionnée.

Pour nous, nous avons relevé 4 accouchements prématurés sur 149 observations.

19° *Obs.* (G. Boardmand, 1886). — Femme à sa huitième grossesse ; tumeur sessile, interstitielle ou sous-muqueuse, du volume d'une tête d'enfant, dans la paroi antérieure de l'utérus. Fœtus petit et vivant ; col entr'ouvert ; présentation du *siège*. L'accouchement a lieu à 7 mois ; enfant mort-né. Dans les premiers jours qui suivirent, la tumeur fit issue dans le vagin ; température élevée. Extirpation de la tumeur putréfiée le 10^e jour, mort le lendemain.

Nous n'insisterons pas sur les causes de l'accouchement prématuré ; elles sont les mêmes que celles qui déterminent l'avortement.

HÉMORRHAGIES. — Un des principaux symptômes des fibromes de l'utérus à l'état de vacuité est précisément l'hémorrhagie. Or, les métrorrhagies peuvent, dans quelques cas, cesser par le seul fait de la grossesse (West), mais le plus souvent elles redoublent, jusqu'à devenir parfois dangereuses. Elles sont plus souvent occasionnées par un fibrome du col que du corps. Sur 307 cas de fibro-myômes de toutes sortes, Lefour a trouvé 31 cas d'hémorrhagie pendant la grossesse, de même Nauss, sur 191 cas également mêlés, a noté 19 fois l'hémorrhagie, ce qui donne, pour les deux statistiques réunies, un cas d'hémorrhagie sur 9,96. Cuahbazian, qui n'a eu en vue que les corps fibreux du col, a relevé 15 cas d'hémorrhagie sur 80 observations, soit 1 pour 5,33.

A l'état de vacuité de l'utérus, l'hémorrhagie symptomatique d'une tumeur fibreuse se montre d'abord sous forme de ménorrhagie pour aboutir plus tard à de véritables métrorrhagies. Ces caractères sont conservés pendant la grossesse, si bien que ces ménorrhagies liées à la présence de corps fibreux peuvent, dans certains cas, être prises pour les règles. Ces flux péri-

diques sont dus à l'intensité plus grande de la congestion de la muqueuse utérine pendant les jours qui correspondent à l'époque menstruelle, congestion facilitée encore par l'état de gestation.

20^e Obs. (Roland, 1891). — Femme de 32 ans, réglée à 14 ans, très irrégulièrement, mariée à 24 ans; grossesse immédiate; accouchement à terme de deux garçons; suite de couches normales; retour de couches au bout de cinq semaines. Depuis pertes blanches inter-menstruelles, *règles durant de dix à douze jours, coulant à flots*, souvent douloureuses. A la fin de juin 1890, les règles se suppriment et l'abdomen augmente progressivement de volume; coliques sourdes. Le 11 septembre, ces douleurs deviennent très violentes, une abondante hémorrhagie se produit, bientôt suivie d'avortement. Un médecin prescrit de l'ergotine, du perchlorure de fer et des injections vaginales chaudes. L'hémorrhagie persistant, un second médecin soupçonne une fausse-couche, fait un lavage intra-utérin, qui ramène des fragments placentaires, et pose le diagnostic de fibrome utérin ayant rapidement grossi sous l'influence de la grossesse. Le 20 septembre, appelé à voir la malade, M. Roland constate que l'hémorrhagie dure toujours; température rectale 39°7; le fond de l'utérus remonte à 10 centim. au-dessus du pubis et est incliné à gauche; hystérométrie: 14 centim.; l'hystéromètre pénètre difficilement à cause d'une *antéflexion* prononcée; diagnostic: avortement et fibrome développé dans l'épaisseur de la paroi antérieure, faisant relief du côté de la cavité. La température atteint 40 et 41°2 les jours suivants; écoulement roussâtre, fétide. Dilatation du col à l'éponge.

Le 27, M. Roland tente le morcellement de la tumeur. L'utérus ne peut être qu'incomplètement abaissé; sa paroi antérieure est attaquée avec le bistouri boutonné; par une incision de 7 centim. environ de longueur sur 4 centim. de profondeur, le doigt tombe en pleine tumeur; mais les connexions avec le tissu utérin, jointes à l'abaissement incomplet de l'utérus et au manque de prise sur la tumeur, font abandonner l'extraction par morcellement. Désinfection soigneuse de la cavité, tamponnement à la gaze iodoformée, imprégnée d'huile créosotée.

L'état général, malgré la haute température, reste bon. Jusqu'au 8 octobre, changement des tampons matin et soir et injections antiseptiques à 50°. De petits accès de coliques sourdes se manifestent de temps en temps. Le 8 octobre, accouchement d'un fibrome de 307 grammes. Guérison rapide.

Krukenberg a observé un cas de gangrène d'un fibrome utérin qu'il attribue à une hémorrhagie, ayant décollé la capsule de la tumeur.

21° *Obs.* (C. Krukenberg, 1884). — Primipare de 43 ans ; grossesse de 3 mois et demi environ. Il y a quelques semaines, elle a subitement présenté les symptômes d'une pelvi-péritonite, à la suite d'efforts de défécation. Elle souffrait surtout du côté droit. On trouve, à droite, à côté d'une tumeur considérée comme étant l'utérus gravide, une seconde tumeur dure qui ne se distingue de l'utérus que dans sa partie supérieure. Au bout de 14 jours, l'utérus a augmenté de volume ; on entend le cœur fœtal ; la tumeur ne s'est nullement modifiée ; fièvre, un peu de délire. On soupçonne alors la présence d'un foyer purulent dans la tumeur droite. Pensant qu'il devait exister des adhérences, on essaye de créer une voie d'écoulement au pus par une incision de la paroi abdominale. On constate qu'il n'y a point d'adhérences et que les deux tumeurs peuvent être isolées l'une de l'autre ; on referme la plaie. *Avortement* dans la nuit ; fœtus pesant 510 grammes, mort depuis peu ; délivrance spontanée. La mère meurt sept jours après.

A l'autopsie, on trouve une péritonite purulente et un fibrome interstitiel, siégeant dans la paroi droite de l'utérus et d'une épaisseur de 8 centim. En arrière et à droite, l'enveloppe péritonéale manque sur une grande étendue ; au même niveau, la capsule de la tumeur est complètement détruite ; il en résulte une perte de substance, communiquant avec la cavité abdominale. Le tissu propre du fibrome est recouvert d'une bouillie putrilagineuse. Plus bas, la capsule persiste, mais non directement appliquée sur la tumeur ; l'intervalle qui sépare la tumeur de sa capsule pénètre dans la cavité utérine par une ouverture située au-dessus de l'orifice interne. Krukenberg explique de la manière suivante ces divers accidents : sous l'influence des efforts de défécation, une hémorrhagie a dû se produire qui,

s'épanchant entre le fibrome et sa capsule, décolla cette dernière et détermina la fonte putride de la capsule et de la portion superficielle de la tumeur. Ce foyer s'est ouvert dans l'espace paramétrique droit, sans déchirer le péritoine, qui n'aurait cédé qu'aux efforts de l'accouchement. L'ouverture du foyer dans la cavité utérine aurait été la cause du travail.

L'hémorrhagie peut relever du fait de l'insertion du placenta sur la tumeur même, comme dans le cas suivant.

22^e Obs. (R. Kaltenbach, 1880).— Primipare de 32 ans, au quatrième ou cinquième mois de sa grossesse ; métrorrhagies depuis deux mois ; phénomènes graves de compression occasionnés par la présence de plusieurs tumeurs fibreuses, dont une, volumineuse, s'insérait par une large base sur le fond de l'utérus. Extirpation de l'utérus ; guérison. *Le placenta prenait insertion sur la tumeur, au fond de l'utérus.*

Les hémorrhagies qui surviennent dans le dernier trimestre de la grossesse sont sous la dépendance d'une insertion vicieuse du placenta. Nous avons vu déjà combien était fréquente la coïncidence des insertions placentaires sur le segment inférieur avec les corps fibreux utérins.

23^e Obs. (E. Blanc, 1891).— Primipare de 30 ans, vue pour la première fois le 22 juillet 1889, fort près du terme. Douleurs depuis le 20. Développement considérable de l'abdomen ; palper douloureux ; tumeur régulière, lisse, rénitente, du volume d'un utérus à terme. On n'entend pas les bruits du cœur fœtal. Au toucher vaginal : masse dure, régulière, lisse, non douloureuse, remplissant l'excavation, effaçant le cul-de-sac postérieur ; le col est derrière le pubis, long, mou, confondu en arrière avec la tumeur. Diagnostic : grossesse à terme, avec fœtus mort et fibrome du col ou du segment inférieur. Après deux jours, la poche des eaux se rompt ; liquide sanguinolent et caillots ; au toucher, on sent le *placenta inséré très bas*.

Le lendemain, le travail n'avançant pas, M. Fochier applique un crochet mousse sur le pli de l'aîne antérieure, le fœtus se présentait en S. I. G. Il extrait un fœtus volumineux et macéré.

La délivrance par expression donne lieu à une *hémorrhagie*, arrêtée par des injections chaudes. On reconnaît alors qu'il s'agissait d'un fibrome du segment inférieur, se continuant dans le flanc droit et complètement remonté au-dessus de l'anneau de Bandl. Le placenta *prævia*, comprimé entre la présentation et la tumeur, avait subi une telle pression que la cessation des échanges utéro-placentaires s'en était suivie, d'où mort du fœtus.

HYDRORRHÉE. — L'hydrorrhée est une complication des fibromyômes utérins moins fréquente et beaucoup moins redoutable que l'hémorrhagie. Voici la seule observation que nous ayons trouvée d'hydrorrhée compliquant la grossesse développée dans un utérus fibreux.

24^{me} *Obs.* (C. Mackenzie, 1877) (1). — Femme de 31 ans, ayant eu deux couches normales, devint enceinte, pour la troisième fois, 6 mois après avoir été opérée d'un fibrome sous-péritonéal. Il survint, à intervalles rapprochés, un écoulement vaginal assez abondant d'un liquide demi-transparent. L'état général resta bon. Au moment de l'accouchement, chaque douleur fut accompagnée d'un écoulement d'eau abondant. Il n'y avait que peu de liquide amniotique. Accouchement naturel.

PHÉNOMÈNES DE COMPRESSION. — Les troubles de compression (varices, œdème des membres inférieurs, hémorrhoïdes, ascite, difficulté de la miction et de la défécation, crampes, névralgies) se rencontrent souvent dans la grossesse non compliquée ; mais ils sont surtout fréquents quand une tumeur utérine vient ajouter sa masse à celle de l'utérus gravide.

25^e *Obs.* (Horrocks, 1886). — Multipare de 30 ans ; grossesse compliquée de tumeur fibreuse faisant issue dans le cul-de-sac postérieur. *Constipation ; douleur de la défécation.* On put faire remonter la tumeur. Accouchement à terme ; enfant vivant. Le fibrome diminue après l'accouchement.

(1) C. Mackenzie, *Am. journ. of obst.*, v. X, p. 90.

26° *Obs.* (P. Langner, 1886). — Primipare de 41 ans, au quatrième mois d'une grossesse avec tumeur utérine. *Douleurs violentes* ; laparotomie, énucléation de la tumeur, avortement le soir ; guérison.

27° *Obs.* (Lengenbuch, 1889). — Femme de 41 ans, grossesse au quatrième mois, compliquée de tumeur fibreuse de la matrice ; *phénomènes de compression*. Laparotomie ; extirpation d'une tumeur pédiculée s'implantant sur la face antérieure de l'utérus par un pédicule de la largeur de la main. On enlève également deux autres petites tumeurs. Avortement le soir ; guérison.

28° *Obs.* (Vautrin, 1893). — Femme de 35 ans, enceinte de 3 mois, ayant eu deux grossesses et une fausse-couche. Il existe, sur la paroi postérieure de l'utérus, une *tumeur comprimant le rectum*, occasionnant de *vives douleurs*, irradiant dans les membres inférieurs ; *les mictions sont pénibles et fréquentes*. Le fibrome est enlevé par morcellement ; il avait le volume d'une tête fœtale et s'insérait sur la partie inféro-postérieure de l'utérus, par un pédicule étroit et court. La marche de la grossesse n'a pas été troublée.

29° *Obs.* (Lee, 1886). — Grossesse de 3 à 5 mois, avec fibromes sous-péritonéaux ; *rétroversion* qui ne put être réduite ; le col ne put non plus être dilaté ; mort par *septicémie* ; à la suite d'une *pyélo-néphrite*, causée par la rétention d'urine, due à la pression subie par le col de la vessie. Sur la paroi antérieure de l'utérus, se trouvaient trois fibromes du volume d'un citron. *Cystite nécrotique ; reins gros, mous, remplis d'abcès*.

30° *Obs.* (Sée, cité par Pozzi, 1890). — Femme à 4 mois et demi de grossesse ; trois corps fibreux de la grosseur d'une pomme comprimaient la vessie ; le fond de l'utérus était enclavé, le col au-dessus de la symphyse ; tentatives infructueuses de dégagement. Mort. A l'autopsie, on trouva une *pyélo-néphrite*.

Les troubles rénaux ne sont pourtant pas toujours sous la seule dépendance de la tumeur utérine, témoin le fait suivant, où ils relevaient de lésions tuberculeuses.

31° Obs. (Martin, 1889). — Femme de 35 ans, cinquième grossesse, fibromes sous-péritonéaux, *troubles rénaux graves*. Laparotomie, extirpation d'un fibrome ; trois jours après, avortement et mort le lendemain. A l'autopsie, abcès tuberculeux périnéphrétiques.

Schneider a observé une femme atteinte d'œdème, de dyspnée et de palpitations, et M^{me} Dupouy, une autre avec œdème, albuminurie et éclampsie au moment du travail (Lefour). Dans l'observation suivante, la laparotomie fut nécessitée par la violence de la dyspnée.

32° Obs. (P. Langner, 1886). — Primipare de 40 ans, laparotomie indiquée par *troubles respiratoires* inquiétants, dus au volume exagéré de l'abdomen. Extirpation de la tumeur ; avortement au cinquième jour ; mort.

COMPLICATIONS SEPTIQUES ET INFLAMMATOIRES. — Nous avons parlé déjà de la *métrite* ; nous avons trouvé également dans nos observations la *septicémie*, la *pyélo-néphrite*, la *cystite*, comme complications des fibro-myômes utérins. Il nous reste à parler de la *péritonite*.

Cette complication redoutable est généralement occasionnée par les fibro-myômes sous-péritonéaux.

33° Obs. (Varnier, 1884). — Femme de 37 ans, ayant eu déjà deux fausses-couches. Depuis deux mois, le ventre a augmenté de volume et elle a constaté l'existence d'une tumeur, qui s'est rapidement accrue jusqu'à remplir l'hypogastre, les deux fosses iliaques et remonter à l'ombilic. Deux poussées de péritonite ; à la seconde, avortement ; fœtus de cinq mois, sorti par le siège. Mort onze jours après. A l'autopsie, on trouve un fibrome sous-péritonéal, ayant contracté des adhérences solides avec le péritoine pariétal, l'épiploon, l'intestin, la face inférieure du foie. Trois ou quatre géodes, du volume d'une noix, contiennent un liquide séro-purulent. Dans la fosse iliaque droite, le péritoine pariétal épaissi limite, avec la tumeur, une loge renfermant trois

litres de pus blanc, crémeux. C'est là que se trouvait l'utérus, quand il était distendu par la grossesse. Le pédicule s'implante sur le fond de l'utérus, il a la grosseur du pouce. Il s'agissait d'un fibro-myôme pur, n'ayant subi aucun ramollissement apparent.

34° *Obs.* (Hégar, 1886). — Grossesse au troisième mois ; gros fibrome utérin ramolli et enflammé ; péritonite ; laparotomie ; mort le troisième jour.

35° *Obs.* (H. Treub, 1894). — Femme de 27 ans, ayant, depuis plusieurs années, une tumeur abdominale remontant jusqu'à l'ombilic et point douloureuse. Menstruation régulière ; mariée depuis un an, enceinte depuis trois mois. Vers les premiers jours de décembre 1893, péritonite ; cinq jours après, avortement. Après la délivrance, forte hémorrhagie, traitée par l'ergot de seigle. Depuis, sécrétion vagino-utérine fétide, fièvre, état général mauvais. Treub la voit le 16 janvier 1894 ; malade difficile à examiner à cause de la douleur ; tumeur remontant au-dessus de l'ombilic. Il résolut de faire le curetage et de profiter de la narcose pour faire un examen complet. Opération le lendemain. La tumeur n'était pas fluctuante, mais solide ; on ne pouvait sentir l'utérus à ses côtés, de sorte qu'il s'agissait très certainement d'un fibrome intimement lié au corps de la matrice. La curette ramenait des débris de tissus jaunâtres et devait râcler un fibrome en voie de sphacèle. Le lendemain, laparotomie ; adhérences avec la paroi et l'intestin, ces dernières si solides qu'il ne fallait pas songer à les rompre. Treub fit une incision médiane sur toute la paroi antérieure de l'utérus, afin d'énucléer la tumeur, qui se trouva être libre dans la cavité utérine. Extirpation de cette tumeur, sutures de l'utérus et de l'abdomen, tampon intra-utérin. Guérison, malgré deux fistules utéro-intestinales. Il s'agissait d'un fibrome à nécrobiose avancée.

DÉPLACEMENT DE L'UTÉRUS.—La *rétroversion* de l'utérus gravide est le déplacement le plus fréquemment observé ; Lefour en cite 6 cas ; puis viennent les *latéro-versions* ; il n'existe qu'un seul cas d'*antéversion* utérine, survenue pendant la grossesse

comme complication d'une tumeur fibreuse (Chiara). Voici une observation de rétroversion.

36° *Obs.* (Hanks, 1882). — Grossesse de trois mois, compliquée de deux tumeurs fibreuses de l'utérus. Douleurs atroces produites par la *rétroversion* de l'utérus gravide. Au bout de trois mois, une des tumeurs, la plus élevée, s'enflamme. L'inflammation tombe, mais le tympanisme persiste. On a alors recours à la position génu-pectorale qui permet une facile évacuation des gaz. Accouchement à terme, *au forceps*. Les fibroïdes ne disparurent point.

Une volumineuse tumeur est susceptible de faire subir à l'utérus un mouvement de torsion sur son axe ; Lefour en cite une observation, en voici une autre.

37° *Obs.* (Bourcart, 1894). — Primipare de 21 ans ; suppression des règles depuis cinq mois ; violentes douleurs dans le côté droit, survenant le soir, nausées, constipation. Abdomen assez développé, plus gros à droite ; température 37°8. Le côté droit est très douloureux ; à la palpation on sent une tumeur oblongue, remontant jusqu'au foie, donnant la sensation d'un utérus qui se contracte ; limites très nettes, sauf au sommet ; submatité. Le pôle inférieur de la tumeur plonge dans le petit bassin ; son volume est celui d'un utérus gravide de six mois ; pas de fluctuation. A gauche, seconde tumeur arrondie, s'élevant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, tendue, élastique, non douloureuse, très nettement fluctuante. Entre ces deux tumeurs, sillon très accusé jusqu'à trois travers de doigt de la symphyse. Pas de bruit du cœur ; col mou, long de deux centimètres, légèrement entr'ouvert, refoulé à droite et en arrière.

Le diagnostic fut celui de grossesse de cinq mois, avec déviation de l'utérus à droite par un *kyste uniloculaire de l'ovaire gauche*, et menace d'avortement.

Quatre jours après, le col s'efface et se dilate ; on sent la tête derrière la poche des eaux ; la tumeur de gauche présente une dureté plus considérable ; accouchement rapide d'une fille vivante de 5 mois. La tumeur gauche a disparu en grande partie. Les douleurs sont surtout fortes à droite, où la tumeur se

contracte. Vingt minutes après, le placenta est expulsé normalement. Le lendemain, la tumeur de droite s'est abaissée et élargie; suite de couches régulières.

Opération quinze jours après l'avortement. Légères adhérences péritonéales; le grand épiploon est fortement adhérent et très vascularisé. Myôme ovoïde, gros comme une tête d'adulte, partant du fond de l'utérus; il fait partie intégrante de celui-ci, sans pédicule aucun. L'utérus est incliné un peu en arrière et tordu sur son axe, la face antérieure regardant directement à gauche. La trompe et l'ovaire gauche sont couchés dans le cul-de-sac vésico-utérin, derrière la symphyse, passant sur le ligament rond et maintenus par de nombreuses adhérences. La face antérieure de l'utérus fait une saillie notable; sa consistance est plus molle que celle du reste de l'organe; c'est évidemment à ses dépens que s'est développé l'utérus, pour contenir le fœtus. En arrière, au fond du Douglas, on rencontre l'ovaire et la trompe droites également adhérents. La tumeur, adhérente en avant au grand épiploon, est, en outre, fixée par son sommet à la face inférieure du foie et au colon transverse, en arrière au rein, au colon ascendant et aux organes environnants. Toutes ces adhérences sont patiemment décollées. Extirpation des annexes de chaque côté, tout en respectant les ligaments ronds. Extirpation de la tumeur; ligature élastique; conservation d'un lambeau antérieur et postérieur. La cavité utérine se trouve légèrement ouverte à son sommet; suture de la muqueuse, suture étagée du pédicule; ligature des vaisseaux; suture continue du péritoine utérin aux bords de la plaie. On enlève la ligature élastique et le pédicule est abandonné dans le ventre. Guérison.

Quand il n'existe point de pédicule, comme dans le cas précédent, ou quand le pédicule est à la fois large et court, le mouvement de torsion de la tumeur se communique à l'utérus; mais, avec un pédicule mince, la tumeur seule subit la rotation.

38^{me} Obs. (James Cappie, cité par Gottschalk, 1894) (1). — J. Cappie a communiqué, en 1874, à la Société obstétricale

(1) Gottschalk, Ueber die Histogenese und Ätiologie der Uterus myome, Arch. für Gyn., B. XLIII, H. III, p. 534.

d'Edinburg, le cas d'une femme primipare ayant une tumeur fibreuse de l'utérus. Cette femme mourut d'accidents infectieux consécutifs à la gangrène, provoquée par la rotation sur son axe d'un fibro-myôme sous-péritonéal pédiculé, qui s'insérait sur la paroi postérieure de l'utérus.

39^{me} Obs. (Rosthorn, 1892). — Femme de 32 ans, grossesse de 3 mois, tumeur péri-utérine, phénomènes péritonéaux ; laparotomie. On trouve un fibro-myôme s'insérant sur la corne utérine droite par un *pédicule tordu une fois et demie* sur lui-même. Extirpation ; guérison ; la grossesse continue.

TROUBLES CIRCULATOIRES. — Bastard (1880) a signalé des cas de *thrombose* occasionnés par des fibromes. Ces faits ont été établis également par Duguët. Voici une observation se rapportant à une femme qui, après avoir heureusement échappé aux dangers d'un accouchement rendu laborieux par une tumeur fibreuse, succomba peu après à une thrombose pulmonaire.

40^e Obs. (Porak, 1889). — Primipare de 36 ans ; les six premiers mois de la grossesse évoluent régulièrement. A cette époque se produisent de violentes douleurs, qui provoquent une consultation médicale entre MM. Charpentier, Guéniot et Doléris. On constate en avant et à droite de l'utérus une tumeur présentant une pseudo-fluctuation. MM. Charpentier et Guéniot pensent à un *fibrome*, M. Doléris à un *kyste*. Les ponctions restent négatives.

La malade est admise à Saint-Louis. Le travail a lieu à terme. Au début, *providence du cordon*, qui ne peut être réduit ; avant que la dilatation se fût effectuée, l'enfant avait succombé. Après dilatation, on emploie le basiotribe d'abord, puis le craniaclaste, pour terminer l'accouchement. La tumeur s'est déplacée pendant le travail. Suites de couches bonnes jusqu'au neuvième jour, où l'accouchée est brusquement prise d'une dyspnée intense et meurt en quelques minutes.

L'autopsie partielle permet de constater, dans l'artère pulmonaire, un caillot fibrino-globulaire, vermiciforme, terminé en

pointe, qui s'étendait du ventricule droit du cœur jusqu'à la bifurcation de l'artère pulmonaire.

Un accident beaucoup plus rare dans le cours d'une grossesse avec fibrome utérin est l'*hémorrhagie cérébrale*.

41° Obs. (Duncan, 1890). — Grossesse compliquée de fibroïdes de la matrice ; hémorrhagie cérébrale mortelle.

CHAPITRE III

FIBRO-MYOMES UTÉRINS ET ACCOUCHEMENT

L'œuf, en dépit des mauvaises conditions dans lesquelles il se trouvait placé, est-il parvenu à son complet développement ? La mère, de son côté, a-t-elle heureusement échappé aux multiples complications qui la menaçaient pendant sa grossesse ? Tout péril n'est pas définitivement conjuré, loin de là ; car, avec le travail, commence une série nouvelle de complications, et non des moins graves.

On doit considérer trois facteurs dans l'accouchement, ce sont :

- 1° Le corps qui doit être expulsé, le fœtus ;
- 2° La force expultrice, qui est la fibre musculaire de l'utérus ;
- 3° Le canal à travers lequel le fœtus est chassé, ou filière pelvi-génitale.

Ces facteurs sont tous trois susceptibles d'être modifiés par les tumeurs fibreuses.

MODIFICATIONS DU CÔTÉ DU FOETUS. PRÉSENTATIONS. — Toute tumeur utérine un peu volumineuse tend à rendre irrégulière la cavité de la matrice ; or, suivant la loi de Pajot, l'accommodation doit, dans ces conditions, donner souvent lieu à une présentation anormale.

En effet, d'après la moyenne des statistiques de Tarnier, Toloczinow, Susserott, Nauss, Lefour, dans les cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, les présentations seraient dans les rapports suivants :

Présentations du sommet.	53,82 0/0
— — siège	27,18 —
— — tronc	19,00 —

Sur 35 cas de fibromes du col, Chahbazian a noté :

Présentations du sommet.	74,28 0/0
— — siège	25,72 —

Les fibro-myômes du col ont donc une influence moins marquée que ceux du corps sur les vices de présentation ; cette influence n'est pas moins manifeste

Si l'on compare les chiffres que nous venons de donner avec ceux fournis par les statistiques ordinaires, on est aisément convaincu de l'influence fâcheuse des tumeurs fibreuses de l'utérus sur les présentations fœtales.

D'après les chiffres recueillis à la clinique Baudelocque pendant les années 1891, 1892, 1893 et 1894, M. Lepage a trouvé, sur 3,032 accouchements, les rapports suivants entre les diverses présentations :

Présentations du sommet.	97,32 0/0
— — siège	2,50 —
— — de la face	0,18 —
— — du tronc	0

D'autre part, sur 665 femmes ayant accouché à terme ou fort près du terme, pendant l'année 1894, dans le service de M. le professeur Queirel, nous relevons :

Présentations du sommet.	94,59 0/0
— — du tronc	2,55 —
— — du siège	1,95 —
— — de la face	0,91 —

Et encore ces statistiques ne sont-elles pas l'expression exacte de la vérité, car elles ont le défaut de porter sur une clientèle hospitalière, qui, on le sait, est toujours beaucoup plus chargée en cas graves ou anormaux.

Voici quelques observations de présentations autres que celle du sommet, causées par des tumeurs fibreuses de l'utérus.

42° *Obs.* (V. Poulet, 1881). — Tumeur fibreuse du volume d'une tête de fœtus à terme, s'implantant sur la face postéro-latérale du col. Présentation de la *face*. La tumeur se ramollit pendant le travail; il fallut toutefois pratiquer la *version*. Guérison.

43° *Obs.* (Depaul, 1882). — Tumeur fibreuse du col; présentation du *siège*. La tumeur avait un pédicule de 5 à 6 centim., qui fut coupé; elle pesait 1790 grammes. L'enfant fut extrait au moyen du crochet mousse. Il vécut ainsi que la mère.

44° *Obs.* (Bompiani, 1884). — Primipare; accouchement à terme, compliqué de myôme rétro-cervical. Présentation du *siège* mode des pieds. La tumeur remonte progressivement, pendant le travail, au-dessus du détroit supérieur. *Extraction manuelle*; enfant mort et macéré; guérison.

45° *Obs.* (Auvard, 1887). — Femme de 36 ans; grossesse au huitième mois et demi; présentation du *siège*, dos à gauche; trois fibromes, dont deux sans importance et un de la grosseur du poing, dans le cul-de-sac utéro-rectal; ce dernier est assez mou, on peut le faire osciller. *Version céphalique* par manœuvres externes. Le travail commence trois semaines après; le fibrome se réduit spontanément; présentation du sommet en O. I. G. A. Accouchement et délivrance physiologiques; guérison.

46° *Obs.* (Guermonprez, 1895). — Deux métrorrhagies menstruelles à 12 ans; après une période d'aménorrhée de deux ans, menstrues non douloureuses, peu abondantes, mais régulières. Mariée à 22 ans, cette femme accouche seize mois plus tard; le travail dure trois jours. Pendant la période de vacuité qui suit, les règles se succèdent sans incident. Nouvelle gros-

sesse un an après ; le travail est encore long ; l'enfant se présente par le *siège* ; il est mort ; la délivrance s'effectue normalement. Pendant cette seconde grossesse, la malade a observé une grosseur, du volume du poing, dans la fosse iliaque droite. La tumeur, au lieu de disparaître après l'accouchement, grossit petit à petit. Elle est enlevée, deux ans après, par Guermontprez, qui pratique l'hystérectomie abdominale totale. C'était une volumineuse tumeur fibreuse de la paroi postérieure de l'utérus.

On trouvera plusieurs autres exemples de présentations vicieuses dans nos observations.

A côté des présentations anormales, nous devons signaler la mobilité extrême du fœtus, amenant une variabilité très grande de la partie qui se présente. Les mutations de présentations sont un bon signe, permettant de soupçonner une tumeur fibreuse de l'utérus.

47° *Obs.* (Bonnaire, in thèse de Marquézy, 1891). — Secundipare ; premier accouchement normal ; seconde grossesse arrivée à terme. Présentation de l'épaule, se transformant S. I. D., puis en A. I. G., enfin en S. I. G. On fait la *version céphalique* ; mais la tête reste toujours au-dessus du détroit supérieur, sans pouvoir s'engager ; on pense à des circulaires du cordon. On pratique la *version podalique* et on constate la présence d'un fibrome utérin, du volume d'une mandarine, situé sur la partie postérieure de l'utérus, à droite, trop haut pour pouvoir être sentie par le toucher vaginal, trop en arrière pour être perçue par le palper.

MODIFICATIONS DU COTÉ DE L'UTÉRUS. — La contraction utérine normale constituant une douleur, porte sur toute la surface de l'utérus et diminue également, en tous points, le calibre de sa cavité, de façon à diriger le fœtus vers le lieu de moindre résistance, vers l'orifice du col. Si la paroi utérine perd son homogénéité, ses contractions perdront par suite la régularité

de leur direction ; la fibre musculaire s'épuisera en efforts vains et incoordonnés.

Ce sont les fibromes interstitiels qui, de l'avis de tous, ont l'influence la plus marquée sur les contractions utérines. Dans quelques cas, le tissu utérin est, pour ainsi dire, farci de corps fibreux ; il en résultera un affaiblissement considérable de la contractilité, pouvant donner lieu à une sorte d'inertie primitive. Plus souvent, l'utérus s'épuise en efforts, qui restent stériles parce qu'ils sont mal dirigés et irréguliers, et l'inertie se manifeste consécutivement.

La durée du travail, dans le cas de fibro-myôme du corps, est généralement considérable. Les observations où il a languì durant 2, 4 et même 6 jours, sont fréquentes ; dans un cas rapporté par Sébilleau, il se prolongea pendant 7 jours, et, dans un autre de Mayor, jusqu'à 16 jours.

Les fibromes sous-péritonéaux gênent beaucoup moins l'accouchement. Les fibromes sous-muqueux sont plutôt une cause d'avortement, mais, quand ils laissent la grossesse suivre son cours, ils donnent fréquemment lieu à des vices de présentation et à un travail laborieux.

MODIFICATIONS DE LA FILIÈRE PELVI-GÉNITALE.— La diminution du calibre du canal pelvi-génital est la conséquence des tumeurs du col ou encore fréquemment de celles qui s'implantent sur le segment inférieur du corps, lequel segment mérite, à ce point de vue aussi, la qualification de zone dangereuse que lui applique Lefour. Toutes les variétés de corps fibreux sont redoutables à peu près au même titre ; car, ce qui fait le degré de gravité ici, c'est surtout le volume et la consistance de la tumeur. Toutefois, les fibromes pédiculés et mobiles sont souvent susceptibles de déplacement, ce qui permet quelquefois une issue heureuse.

48° *Obs.* (Maygrier, 1881, rapportée par M^m Henry). — Primipare de 33 ans ; Depaul, Tarnier, Reinwillier la voient en consultation : le ventre est volumineux, le fond de l'utérus remonte jusqu'à la région épigastrique. Par le palper, on sent le fœtus en présentation céphalique ; au toucher, on perçoit une tumeur fibreuse énorme, peu mobile, remplissant toute l'excavation et refoulant le col derrière le pubis. Une seconde tumeur fibreuse, moins volumineuse, occupe la paroi latérale gauche de l'utérus. D'un commun accord, il fut convenu qu'il fallait attendre, car on pouvait espérer que, pendant le travail, les contractions utérines déplaceraient la tumeur, ainsi que Depaul et Tarnier l'avaient observé plusieurs fois ; sinon on pratiquerait l'opération césarienne.

A terme, rupture spontanée de la poche des eaux, écoulement de liquide amniotique teinté de méconium ; peu de contractions utérines. L'enfant meurt ; l'écoulement vaginal devient fétide. On pratique l'*opération de Porro*, sept jours après le début du travail. La tumeur vaginale dut être évidée à cause de ses adhérences. Traitement externe du pédicule ; mort trois jours après.

49° *Obs.* (Diéterlin, 1882). — Femme de 33 ans, primipare ; menstruations douloureuses depuis quelques années. Tumeurs fibreuses probablement sous-péritonéales et très volumineuses occupent les culs-de-sac vaginaux. Ces fibromes se ramollissent petit à petit, et, au moment du travail, effectuent leur ascension. L'accouchement fut normal. Les tumeurs reprirent ensuite leur place.

50° *Obs.* (Porak, 1888). — M. Porak consulte ses collègues de la Société obstétricale sur le cas suivant de dystocie : une femme est en travail dans son service ; un fibrome énorme obstrue l'excavation ; l'enfant est mort ; la poche des eaux est rompue depuis la veille ; le fibrome est toujours dur ; il paraît légèrement remonté ; le col est plus facilement accessible.

M. Pajot est d'avis que, si l'état général se maintient, il vaut mieux laisser agir la nature, sinon intervenir par le vagin, ou, si c'est impossible, faire l'opération de Porro.

M. Guéniot a vu deux cas analogues : dans l'un tout était prêt pour une césarienne ; l'ascension se fit spontanément et une application de forceps permit d'avoir un enfant vivant ;

dans l'autre, l'enfant se présentait par le siège, l'accouchement eut lieu par les seules forces de la nature et l'enfant vécut.

M. Lucas-Championnière est du même avis.

En effet, l'accouchement fut possible par la *version*.

Comme nous venons de le voir, dans certains cas heureux, l'accouchement peut se faire d'une façon naturelle, et cela sous l'influence de deux causes : le ramollissement de la tumeur ou son déplacement par la présentation, souvent par les deux réunies.

Pendant toute la durée de la grossesse, les corps fibreux subissent généralement, en même temps qu'une augmentation de volume, une sorte de ramollissement ou plutôt, comme le dit Depaul, un véritable assouplissement, qui s'accroît encore au moment du travail. Par l'effet de ce changement survenu dans leur consistance, les fibromes *prævia*, ainsi que les appelle Auvard, deviennent susceptibles de se laisser modeler et étaler sous l'effort de la présentation, qui les lamine pour ainsi dire. Ces froissements sont une des causes du sphacèle si fréquent des fibromes, après l'accouchement.

Les corps fibreux de l'excavation sont susceptibles d'être déplacés spontanément pendant le travail. Ce déplacement se fait soit en haut, soit en bas.

Les fibro-myômes sous-péritonéaux, sessiles ou pédiculés, subissent, dans la grande majorité des cas, un déplacement de bas en haut ; ils effectuent donc un mouvement d'ascension vers l'abdomen, pendant que la présentation vient prendre leur place dans le petit bassin qu'ils obstruaient. Le mécanisme de cette ascension a été élucidé par MM. Depaul, Tarnier et Guéniot dans une célèbre discussion de la société de chirurgie (1868).

Cette ascension peut s'effectuer pendant la grossesse ou pendant le travail. Pendant la grossesse, elle est intimement liée au mode de développement de l'utérus, qui ne se fait pas

d'une façon régulière ; le col se porte en haut et en arrière, de même que la partie postéro-inférieure du corps. Or, cette partie du segment inférieur est précisément le lieu d'élection des fibromes. D'un autre côté, l'élévation de l'utérus est également un facteur qui contribue à celle du fibrome. Pour M. Blot, un mouvement de bascule de l'utérus en avant n'est peut-être pas sans influence sur le désenclavement de la tumeur.

Au début du travail, au moment de l'effacement du col, les contractions des fibres longitudinales de l'utérus attirent quelquefois en haut le corps fibreux, à condition qu'il ne soit point trop volumineux ; s'il est adhérent et que les adhérences soient lâches, elles peuvent, ainsi que l'a montré Guéniot, céder à ce moment.

C'est pendant la période de travail que s'effectue surtout la montée des tumeurs fibreuses. Quatre causes président à cette ascension : c'est d'abord la contraction des fibres longitudinales de l'utérus ; puis, la dilatation de l'orifice externe et l'écoulement du liquide amniotique qui, diminuant la tension de l'utérus, favorise le retrait de ses parois ; enfin l'engagement de la présentation qui tend à se substituer à la tumeur.

Quelle est la présentation la plus favorable dans ce cas ? Pour M. Tarnier, ce serait les présentations du siège, qui s'engagent en forme de coin et qui, comme le fait remarquer M. Maygrier, viennent comprimer la tumeur contre la paroi pelvienne et l'énuclée comme un noyau de cerise.

D'après M. E. Blanc, le déplacement de certains fibromes, qui s'insèrent à la base du col ou sur le segment inférieur, semble lié à la formation de ce segment inférieur et participe à la mobilité des zones utéro-cervicales, indépendamment de toute progression de l'orifice externe du col.

On a vu, dans deux cas seulement (Brachet, Porro), des tumeurs sous-péritonéales être repoussées au dehors, au moment

de l'accouchement ; il est vrai de dire que ces tumeurs étaient situées dans le cul-de-sac antérieur.

Le déplacement en bas des corps fibreux est, au contraire, la règle, quand il s'agit de tumeurs de la cavité utérine ou de fibromes pédiculés du col. Toutefois certains gros fibro-myômes sessiles du segment inférieur peuvent subir l'ascension.

Le mécanisme de la descente des tumeurs est excessivement simple ; elles sont refoulées au-devant de la partie qui se présente et descendent avec elle. Une fois l'accouchement terminé, si le pédicule est assez long, ces tumeurs restent à la vulve ou dans le vagin ; sinon, elles remontent aussitôt que la traction cesse et se trouvent pour ainsi dire aspirées, dès que l'accouchement est terminé.

Voilà donc quel est le mécanisme de l'accouchement spontané dans le cas de tumeur fibreuse de l'utérus, en supposant l'intégrité de l'enfant. Si le fœtus est mort, éventualité assez fréquente, l'accouchement sera facilité par le ramollissement plus ou moins accentué du corps de l'enfant. Pourtant quelquefois, et le cas suivant en est un exemple, le fœtus ne subit aucune modification, malgré un séjour prolongé dans l'utérus après sa mort.

51^e Obs. (Pinard, *in* thèse de Marcopoulos, 1893) (1). — Secondipare de trente-trois ans ; premier accouchement normal ; entre à la clinique le 27 avril 1893 ; les dernières règles remontent au mois de mai 1892 ; depuis le 25 février, elle ne sent plus remuer ; le 26 février, hémorrhagie. Le ventre est moyennement développé ; pas de bruit du cœur, pas d'engagement ni de présentation ; le 9 mai, la femme perd un liquide roussâtre. M. Pinart conclut à une grossesse utérine, avec fœtus mort et tumeur de la paroi postérieure du segment inférieur, qu'il sent en partie par le *toucher manuel*. Ballon de

(1) Marcopoulos, *De la grossesse dite prolongée*, Th. de Paris, 1893, p. 71.

Champetier, pas de dilatation ; incisions sur le col, inutilement ; on parvient enfin à abaisser un pied et à extraire un fœtus de 50 centimètres de long, mort depuis fort longtemps, mais non ramolli. *Délivrance artificielle*. Guérison.

Ce retard dans l'accouchement se rencontre quelquefois comme conséquence des tumeurs fibreuses de l'utérus. En voici une autre observation :

52° Obs. (A. Hergott, 1889).— Secondipare de trente-quatre ans, premier accouchement facile, il y a quinze ans ; dernières règles le 14 juillet 1888. Le 24 août, la miction est impossible, cathétérisme deux fois par jour ; selles pénibles, douleurs dans le bas-ventre, vomissements alimentaires. Vers le milieu de février 1889, météorisme abdominal, vomissements bilieux ; les mouvements fœtaux s'affaiblissent et disparaissent. Le 26 mars, elle entre à la Maternité de Nancy ; état général grave, température vespérale 38,5 ; abdomen volumineux et irrégulier ; tumeur médiane, dure, assez régulière, s'étendant du détroit supérieur à l'ombilic ; le fond de la tumeur se dévie brusquement à droite et envahit tout le flanc de ce côté ; sa consistance est moins ferme, on y sent du ballottement ; on perçoit un souffle utérin au-dessous et à gauche de l'ombilic. Au toucher, masse arrondie et dure dans le cul-de-sac postérieur, remplissant la moitié de l'excavation ; on ne peut arriver au col.

Le 6 avril, perte d'un liquide clair ; le 9, ce liquide devient rougeâtre ; le ventre diminue ; cela dure jusqu'au 27. On pense alors à une *grossesse extra-utérine*. L'état général s'aggrave. Le 22 mai, incision abdominale au-dessus de la tumeur de droite ; ponction de cette tumeur ; il s'écoule un liquide d'abord noirâtre, puis grisâtre, enfin purulent et fétide (3 à 4 litres) ; incision, extraction d'un fœtus macéré en position A. I. G. de l'épaule droite ; il mesurait 43 centimètres de long. *Volumineux fibrome du segment inférieur*. Le tissu musculaire de l'utérus avait perdu la majeure partie de ses propriétés, la rétractilité était peu marquée et la contractilité faisait absolument défaut ; l'utérus était inerte. Le placenta, inséré à gauche, était *adhérent* ; on ne put le décoller. Désenclaver la tumeur et la libérer des adhérences, c'était infliger un trop grave traumatisme à la femme. On marsupialisa l'utérus, en laissant le placenta ; il

s'élimina par fragments; cicatrisation complète le 18 juillet; guérison. Le fibrome a considérablement diminué.

Nous signalerons encore le cas de Ross (1893), qui fit, au dixième mois, l'hystérectomie pour une grossesse compliquée de fibrome.

DE L'ACCOUCHEMENT DANS LE CAS DE TUMEUR FIBREUSE DE L'UTÉRUS. — L'accouchement spontané se produit dans quelques cas; nous en avons vu le mécanisme et en avons cité quelques exemples déjà; en voici d'autres :

53° *Obs.* (Wasilief, 1888). — Grossesse compliquée de fibromyôme du col; l'accouchement dura 160 heures; résultat favorable pour la mère et l'enfant; résorption de la tumeur pendant les suites de couches.

54° *Obs.* (Condamine et Repelin, 1893). — Femme de 40 ans, réglée à 16 ans, irrégulièrement; a eu un enfant à 35 ans. Un an avant la grossesse actuelle, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur abdominale. L'accouchement se fit *un peu difficilement*, mais *spontanément*. Il y avait une tumeur fibreuse de l'utérus.

55° *Obs.* (Freund, 1893). — IV pare de 38 ans; par suite de la présence d'un fibrome volumineux du col, l'accouchement durait depuis *cinq semaines*. Au bout de ce temps, il se développa des contractions utérines énergiques, se soutenant 24 heures durant et amenant, contre tout espoir, l'expulsion d'un enfant, pesant 3.320 grammes, mort depuis plusieurs jours. La délivrance se faisant attendre, on la fit artificiellement; on constata que la tumeur occupait toute la cavité cervicale, elle avait la grosseur d'un poing d'adulte; elle s'insérait sur la paroi antérieure droite du col et se prolongeait jusqu'au bord de l'orifice externe. La portion inférieure de la tumeur se sphacéla. Guérison. L'accouchement fut facilité par la déformation considérable de la tête fœtale, dont voici les diamètres : O. F. = 8 cent. 1½; B. P. = 5 cent. 1½; B. T. = 6 cent; O. M. = 11 1½; S. O. B. = 8 cent.

Tous les cas ne se terminent cependant pas d'une façon aussi heureuse. Les corps fibreux de la matrice exposent à de nombreux accidents pendant le travail. Nous avons étudié déjà l'inertie utérine et la longueur du travail, nous avons indiqué aussi la fréquence insolite des présentations du siège et de l'épaule, il nous reste à signaler quelques autres complications.

En premier lieu, une mention spéciale doit être faite de la *rupture prématurée des membranes* ; sur 307 cas, Lefour l'a notée 24 fois, soit 1 fois sur 12,7 accouchements.

56° Obs. (Berlin, 1890). — Femme de 42 ans, robuste, mariée depuis vingt ans, n'ayant jamais été enceinte. Depuis deux ou trois ans, petite tumeur indolente dans le côté droit de l'abdomen. En février 1889, les règles manquent ; le ventre grossit très rapidement.

En septembre, M. Berlin trouve un abdomen du volume de celui d'une femme à terme ; l'augmentation est plus marquée à droite, avec bosselures au point culminant de la tumeur. Le palper révèle l'existence de deux tumeurs ; la tête fœtale n'est pas engagée, le dos est à gauche, mouvements actifs très perceptibles ; à l'auscultation, foyer fœtal à gauche et au-dessus de l'ombilic, assez en arrière dans le flanc ; silence au niveau de la tumeur de droite ; au toucher, col déjeté à gauche et en arrière, ramolli ; on ne sent pas la tumeur de droite, ni la tête. Diagnostic : fibrome volumineux, sous-péritonéal, largement implanté sur la partie droite du corps de l'utérus, avec grossesse au 8^{me} mois environ ; fœtus unique, en présentation du sommet en O. I. G. T., non engagé.

Le 26 septembre, rupture spontanée des membranes. Le 13 octobre, après 36 heures d'un travail lent, application très oblique de *forceps* au détroit supérieur. Le fœtus est en état de mort apparente, mais il peut être ranimé. *Hémorrhagie*, délivrance artificielle, placenta adhérent au niveau de la tumeur. Le soir, syncope. Les jours suivants, la tumeur diminue, l'état général est assez satisfaisant. Le 31 octobre, *syncope mortelle* subite, par embolie cardio-pulmonaire probable.

La tête de l'enfant présentait une *dépression marquée de la fosse temporale gauche*, produite par la tumeur et non par la cuil-

ler du forceps, dont l'empreinte se trouvait plus bas. Du reste, cet enfoncement ne causa jamais aucun trouble fonctionnel.

Un autre accident est la *procidence du cordon*. La partie qui se présente ne venant pas s'engager facilement et restant souvent au-dessus du détroit supérieur, expose aux procidences. Lefour a noté 13 fois sur 307 cas la procidence du cordon, soit 1 fois sur 23,6 accouchements. La *procidence des membres* est bien moins fréquente, une fois seulement sur les 307 cas de Lefour.

57° *Obs.* (G.-R. Fernandes, 1893). — Jeune femme, ayant eu déjà un accouchement prématuré, enceinte de quelques mois et ne pouvant uriner. Trois tumeurs dans l'abdomen : l'une dans la fosse iliaque gauche ; une seconde, près de l'ombilic ; la troisième, entre les deux. Tumeur volumineuse obstruant le vagin jusqu'à la vulve ; cul-de-sac postérieur effacé ; on ne peut atteindre le cul-de-sac antérieur, ni le col. On rejette l'idée d'une grossesse, et l'on pense uniquement à des myômes, que l'on traite par des injections hypodermiques d'ergotine. On les abandonne, après en avoir pratiqué neuf, à cause des douleurs qu'elles occasionnaient. Au bout de 8 mois, le doute n'est plus possible, il s'agissait d'une grossesse. On opte pour l'opération de Porro, l'accouchement ne pouvant avoir lieu par les voies naturelles. Une *procidence du cordon* irréductible étant survenue, on fit l'*amputation supra-vaginale* de l'utérus. Le myôme vaginal fut facilement extrait de la cavité pelvienne. Le fœtus était mort. Guérison. Outre le fibrome pelvien, il existait deux autres gros fibro-myômes sous-péritonéaux.

Ce sont les fibromes du col et du segment inférieur qui exposent le plus à la dystocie. En rétrécissant la portion inférieure de l'utérus, ils facilitent les présentations du siège, l'extrémité pelvienne étant plus petite que l'extrémité céphalique ; en obstruant le canal pelvien, ils déterminent des contractions spasmodiques de l'utérus, quelquefois suivies d'inertie ; le travail est toujours long et la mère succombe parfois à l'épuisement nerveux. Elle peut mourir également d'infection sans

avoir accouché (81° Observation). Lauwers (1892), a rapporté un cas de mort par syncope pendant le travail, au septième mois et demi de la grossesse.

L'utérus, de son côté, ne résiste pas toujours victorieusement, et quelquefois la rupture est la conséquence de l'excès même de ses contractions, de l'affaiblissement de ses parois, dû à la présence du néoplasme, ou encore des deux causes réunies.

58° Obs. (Améline, 1881). — Femme de 40 ans, ayant eu douze grossesses normales, la dernière il y a seize mois. Le travail de la grossesse actuelle durait depuis plusieurs jours, quand une sage-femme rompit les membranes et administra de l'ergot. Douleurs extrêmement violentes à la suite de cela. Au toucher, on sent une tumeur dure que l'on croit être la tête. On commence la laparotomie pour une opération césarienne; mais il fut inutile d'ouvrir l'utérus, sur la face antérieure duquel se trouvait une déchirure de 7 à 8 centimètres de longueur. Enfant mort, en présentation du sommet (O. I. G. A.). Mort 18 heures après. A l'autopsie, fibrome ossifié du col, du poids de 633 grammes.

Les fibromes interstitiels ou sous-muqueux sessiles du col mettent fréquemment obstacle à sa dilatation. En effet, les fibres musculaires de ces tumeurs ne sont pas en continuité avec celles de l'utérus; aussi, non seulement elles ne peuvent concourir activement à la dilatation de l'orifice cervical, mais encore, en brisant l'action des fibres propres du col, elles viennent s'opposer directement à cette dilatation.

On a signalé enfin quelques cas d'hémorrhagie pendant le travail.

Si l'accouchement se produit malgré la présence d'une tumeur fibreuse, la partie qui se présente peut avoir souffert de la compression qu'elle a dû supporter. On observe alors une *empreinte*, une *ecchymose*, une *déformation* plus ou moins accusée, plus ou moins profonde, incompatible parfois avec la vie

de l'enfant. Nous trouvons signalées des déformations crâniennes dans l'observation 56° ; en voici un nouvel exemple :

59° *Obs.* (Marquézy, 1891). — Tumeur volumineuse de la paroi postérieure de l'utérus, prise pour l'extrémité céphalique d'un second fœtus. L'enfant se présente en O. I. D. P. ; la tête est très fléchie. Accouchement spontané. Aplatissement considérable des parties latérales de la tête de l'enfant ; au niveau du pariétal droit, enfoncement marqué ; front saillant en avant, occiput proéminent en arrière.

DE LA DÉLIVRANCE DANS LE CAS DE TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS. — La délivrance est souvent ici aussi simple que dans les conditions normales. La majorité des observations, en effet, n'en font même pas mention, ce qui porte à penser qu'il n'y a pas eu de complications de ce côté. Toutefois sur 76 cas, où le mode de terminaison de la délivrance est indiqué, Lefour relève 54 cas de délivrance spontanée, 18 cas de délivrance artificielle, 3 cas de rétention placentaire dans des avortements pendant les quatre premiers mois ; 1 fois la délivrance fut impossible.

Comme l'accouchement, la délivrance peut donc être normale ; elle est quelquefois retardée, si bien qu'on est dans l'obligation de la pratiquer artificiellement ; c'est là un contretemps sans importance, si l'on peut arriver à extraire le placenta, mais qui, dans le cas contraire, est susceptible d'amener de graves complications et même une issue fatale.

60° *Obs.* (Tissier, 1885). — Primipare de 33 ans, ponctuellement réglée depuis l'âge de 14 ans ; le ventre a toujours été gros, mais non douloureux. En mars 1884, les règles manquent, le ventre grossit rapidement ; en juin, il a le volume de celui d'une femme grosse de 7 mois ; il est irrégulier : une tumeur dure médiane s'étendant dans la fosse iliaque droite ; une seconde tumeur dans l'hypocondre et le flanc gauches. Au toucher, tumeur dure et arrondie, située légèrement à

droite ; col très élevé à gauche. Siredey pense à une grossesse développée dans un utérus dont la paroi droite porterait un volumineux fibrome ; la tumeur gauche pourrait provenir de l'ovaire de ce côté. *Avortement* le 8 juillet. Il est impossible d'introduire la main pour pratiquer la délivrance qui ne se fait pas. Injections phéniquées ; péritonite ; mort le 14.

Autopsie. — Utérus volumineux ; au milieu de sa face antérieure, noyau blanchâtre, fibromateux, de la grosseur d'une châtaigne ; en arrière de l'insertion des ligaments larges, deux tumeurs fibreuses pédiculées ; les pédicules sont très courts, gros comme un poing d'enfant ; ils supportent, à gauche, une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, surmontant le fond de l'utérus ; à droite, une masse conique se dirigeant en bas et à gauche, en arrière du bord droit de l'utérus ; poids total : 4,850 grammes. L'utérus est allongé en boyau dans sa moitié inférieure. Fibromes : tissu très dur, blanchâtres, avec quelques géodes de la grosseur d'une noisette, remplies d'un liquide marron.

Un accident fréquent est encore l'*hémorrhagie* de la délivrance ; en voici quatre observations :

61° *Obs.* (Becker, 1882). — Violente *hémorrhagie* après la délivrance ; exploration de la cavité utérine ; on reconnaît la présence d'une tumeur fibreuse que l'on réussit à énucléer avec les doigts.

62° *Obs.* (P. Ruge, 1888). — La tumeur existait depuis trois ans ; un traitement à l'ergotine fit disparaître les accidents, et, après onze ans de stérilité, survint une grossesse. L'accouchement d'un enfant à terme, en présentation du *siège*, s'accomplit très bien. Une *hémorrhagie* profuse exigea la délivrance immédiate. Deux heures après, *nouvelle hémorrhagie*. Ruge fendit la capsule d'enveloppe du myôme, qui était interstitiel, et l'énucléa. L'hémorrhagie s'arrêta. La tumeur présentait des phénomènes de fonte commençante :

63° *Obs.* (P. Puech, 1893). — Vpare, 35 ans. Les quatre premiers accouchements, dont le dernier gémellaire, se sont terminés naturellement, après grossesses régulières. L'en-

fant se présente en O. I. D. P. L'engagement, par suite d'un certain degré de *déflexion* de la tête, se fait un peu lentement. La tête, descendue sur le plancher, reste un certain temps en O. T, puis exécute sa rotation. La période de dilatation a duré 9 heures $\frac{1}{4}$; la période d'expulsion, trois quarts d'heure ; elle se termine par la naissance d'un enfant vigoureux, du poids de 3,450 grammes. Délivrance dix minutes après. A ce moment, une *hémorrhagie* interne se déclara, qui ne put être arrêtée que par un tamponnement intra-utérin, qui resta 48 heures en place.

Quatorze jours après l'accouchement, on constata, en pratiquant une injection intra-utérine, l'existence d'une masse de la grosseur d'un œuf de poule, faisant saillie à travers le col. M. le professeur Grynfeldt diagnostique un fibrome en train de s'énucléer, et il enlève, deux jours après, avec une pince de Museux, cette tumeur qui présentait un commencement de sphacèle ; il complète l'opération par un curettage. Guérison.

64° *Obs.* (Kleinwachter, 1895). — Primipare de 30 ans, atteinte de fibrome utérin ; après un accouchement long, mais spontané, violente *hémorrhagie*, qui ne put être arrêtée que par le tamponnement intra-utérin, mais qui amena la mort une heure après la délivrance. A l'autopsie, gros myôme interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus.

La rétraction de l'utérus, de même que ses contractions, se trouvent naturellement gênées par les tumeurs fibreuses, surtout par les fibromes interstitiels ; c'est là la cause de la rétention du placenta et des hémorrhagies qui suivent la délivrance.

L'inversion utérine a été relatée dans quelques rares cas.

CHAPITRE IV

FIBRO-MYOMES UTÉRIN ET POST-ABORTUM OU POST-PARTUM

Si le travail a été long, l'accouchement laborieux, la femme peut mourir d'*épuisement nerveux* par fatigue exagérée, véritable surmenage physique, c'est là l'exception. La *syncope* est encore plus rare (A. Lee, 1 cas).

Nous retrouvons de nouveau ici, ainsi que dans toute l'histoire des fibromes, les hémorrhagies comme un des accidents les plus redoutables des suites de couches. Ces hémorrhagies secondaires peuvent se montrer subitement et inopinément plusieurs jours après l'accouchement. Nauss en cite 5 cas, Susserott 33, dont 9 mortels, Lefour 16.

Les phénomènes inflammatoires et infectieux compliquent souvent les suites de couches ; leur fréquence tend, cependant, à diminuer depuis la vulgarisation de l'antisepsie, et cela est tout naturel. Ces accidents septiques ont deux origines ; soit qu'ils ne proviennent qu'indirectement du corps fibreux, à la suite des manipulations et interventions de toute sorte, que ces derniers ont nécessités et qui n'ont pas été accomplies avec tout le soin désirable au point de vue de la propreté chirurgicale ; soit qu'ils découlent directement du sphacèle de la tumeur, résultat des déchirures ou de la compression qu'elles ont eu à subir pendant le travail et l'accouchement, ou consécutif au ramollissement et à la fonte presque physiologique des tumeurs fibreuses pendant la grossesse. Il faut, néanmoins,

toujours, pour que l'infection se produise, qu'il y ait une porte d'entrée ouverte aux germes extérieurs, car l'on sait qu'un fibrome sous-péritonéal, par exemple, qui vient à perdre ses connexions avec l'utérus et qui tombe dans l'abdomen, ne cause aucun trouble septique. Mais, même après l'accouchement le plus simple, nombreuses sont les effractions produites dans les systèmes lymphatique et veineux, et qui vont permettre un facile accès aux germes pathogènes, si l'on n'y prend garde.

65° *Obs.* (Bompiani, 1884). — Primipare de 35 ans ; tumeur fibreuse de la paroi postérieure du segment inférieur. A 6 mois, on provoque l'avortement ; *pelvi-péritonite* ; guérison.

66° *Obs.* (Givopitsef, 1894). — Femme de 25 ans, accouchée depuis trois semaines ; l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Douleurs abdominales, météorisme. La cavité utérine dilatée est remplie de pus fétide. Dans la fosse iliaque gauche se trouve un foyer purulent qui communique avec la cavité utérine. Ouverture de ce foyer ; on trouve les restes d'une tumeur fibreuse qui avait été dilacérée pendant le travail et avait subi la gangrène ; on les enlève ; guérison.

67° *Obs.* (personnelle). — Irma L..., âgée de 27 ans, brodeuse, entre, le 2 avril 1896, à la Clinique obstétricale, dans le service de notre maître M. le professeur Queirel. Cette femme a joui d'une santé excellente jusqu'à l'année dernière, époque à laquelle elle a eu une fièvre typhoïde légère. Elle a toujours été régulièrement réglée depuis l'âge de 16 ans et n'a jamais eu d'hémorrhagie. Les règles duraient de trois à quatre jours et n'étaient point très abondantes ; les dernières se sont montrées au mois de septembre 1895. Elle a perçu les mouvements actifs du fœtus, pour la première fois, dans le courant de janvier 1896. Cette femme a présenté, dès le début de sa grossesse, des vomissements qui sont devenus de plus en plus fréquents et qui ont bientôt pris le caractère de véritables vomissements incoercibles ; aussi a-t-elle rapidement maigri, et nous sommes frappés, quand nous la voyons, de son état d'émaciation avancée. Les yeux sont complètement excavés, la face est

décharnée, les masses musculaires sont considérablement atrophiées, le squelette fait saillie sous la peau. Cette maigreur extrême, jointe à la pâleur prononcée de la malade, lui donne l'apparence d'une tuberculeuse, arrivée à la dernière période de la cachexie. Pourtant cette femme ne tousse pas et l'auscultation ne révèle rien d'anormal du côté des poumons. La pâleur de la malade n'a rien de la teinte jaune paille des cancéreux.

Sur ce corps émacié, l'abdomen tranche vivement par son volume, exagéré pour l'âge présumé de la grossesse, six mois et demi environ ; il est, de plus, irrégulièrement développé et présente à la vue deux tumeurs nettement distinctes. La première tumeur, la plus volumineuse, est régulièrement arrondie ; elle s'élève à 34 centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis ; elle occupe la partie médiane et latérale droite de l'abdomen. La seconde, plus petite, est obliquement étendue du pubis à la fosse iliaque gauche ; sa forme est ovoïde ; elle mesure 19 centim. environ de longueur ; sa partie supérieure arrive à peu près à la hauteur de l'ombilic et à 15 centim. à gauche de celui-ci. Les deux tumeurs sont séparées par un sillon très net. Elles sont toutes deux absolument mates à la percussion ; la grosse tumeur donne la sensation de flot, elle est molle ; la petite est uniformément ferme. L'auscultation la plus minutieuse ne décèle nulle part la présence de battements fœtaux ; pourtant la femme sent toujours remuer et nous-même nous avons pu percevoir, par le palper de la petite tumeur gauche, un de ces mouvements actifs du fœtus.

Au toucher vaginal, le col est très abaissé, ramolli, long, perméable à un doigt. La poche des eaux est intacte ; on sent un sommet en position O. I. G. A., avec *procidence de la main droite*, appliquée sur le pariétal du même côté.

La femme a de petites douleurs depuis la veille. Le toucher rectal permet de sentir l'utérus gravide refoulé vers le côté gauche de l'abdomen par une tumeur dont on sent à peine la base au niveau du détroit supérieur.

Le siège de la tumeur sur le côté de l'utérus, sa consistance molle, sa fluctuation, portaient à penser à un kyste de l'ovaire droit ; mais l'étude des antécédents de la malade, qui n'avait jamais remarqué la présence d'aucune grosseur dans son abdomen, le développement très rapide de la tumeur dans les premiers mois de la grossesse, firent porter à M. le professeur Queirel le diagnostic de fibro-myôme de l'utérus, ramolli sous

l'influence de la grossesse concomitante, avec menace d'avortement.

Les urines renferment 1 gramme d'albumine par litre; la température est normale. Les vomissements continuent; la malade supporte à peine un peu de lait glacé; potion de Rivière.

3 avril. — Même état; le col commence à s'effacer.

4. — Etat stationnaire; le col est effacé.

5. — La dilatation commence et s'effectue très lentement.

6. — Rupture spontanée des membranes, à 6 heures du soir; la dilatation est environ de la largeur d'une pièce de deux francs; la parturiente souffre très peu et à de longs intervalles.

7 avril. — Avortement à 10 heures du soir; l'enfant est vivant, mais meurt trois heures après; il pèse un kilog. et mesure 36 centim. de long. La délivrance a lieu spontanément, un quart d'heure environ après l'accouchement. Le cordon s'insère latéralement et a 48 centim. de long; le petit côté de la déchirure des membranes, parallèle au bord du placenta, mesure 6 centim., ce qui indique que l'insertion se faisait assez bas. L'avortement a été facile, la mère a fort peu souffert; aussi, après toilette antiseptique, elle est rapportée dans son lit, et elle s'endort jusqu'au lendemain.

8 avril. — A 7 heures du matin, l'accouchée a une légère attaque, d'éclampsie probablement, d'après les renseignements qu'on nous a donnés; car, quand nous sommes arrivés auprès d'elle, tout était terminé. Potion chloralée; albumine 0,50 centigr. La journée est bonne, un seul vomissement; température 37°4, deux injections vaginales au biiodure de mercure; l'écoulement n'a point d'odeur.

La petite tumeur a complètement disparu; la grosse est maintenant exactement médiane. La palpation étant rendue plus facile, vu la moindre tension de l'abdomen, on perçoit dans cette tumeur des parties indurées, à côté de parties ramollies et fluctuantes.

9 avril. — M. le professeur Queirel ponctionne la tumeur avec un trocart ordinaire, à mi-chemin de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, dans une portion fluctuante; il en sort 200 grammes de liquide sanguinolent et presque purulent, sans aucune odeur toutefois. Plus de vomissements.

10 avril et jours suivants. — La tumeur diminue progressive-

ment ; plus d'albumine dans les urines, pas de fièvre, pas de douleur. Cependant l'état général reste mauvais ; la faiblesse est extrême, la malade a à peine la force de parler. Aussi M. le professeur Queirel décide-t-il de remettre une intervention à plus tard, quand cette femme offrira plus de résistance ; en attendant, on tâche de la remonter par des toniques et par une alimentation substantielle, mais l'appétit est absolument nul. On continue rigoureusement les injections antiseptiques.

Le 18 avril, la tumeur arrive au niveau de l'ombilic. Quelques jours après, la malade se plaint de douleurs abdominales, elle a des frissons, la température s'élève. Bientôt des vomissements surviennent, le ventre se ballonne, la constipation s'établit ; les vomissements deviennent porracés et la mort survient le 6 mai, à 7 heures du matin.

A l'autopsie, pratiquée le 7 à 11 h. du matin, nous trouvons une tumeur fibreuse très adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen, ainsi qu'à l'épiploon et à quelques anses intestinales. Cette tumeur, très dure en certains points, est ramollie et réduite presque à sa coque en d'autres. Elle est ulcérée en plusieurs endroits.

Nous trouvons environ un litre de pus jaune, crémeux, collecté dans une poche formée par les adhérences, à droite de la tumeur, et communiquant avec l'intérieur de celle-ci par une perte de substance. D'autres foyers de suppuration plus petits sont disséminés autour de la tumeur. Celle-ci est un fibrome sous-péritonéal, s'insérant sur le fond de l'utérus par un large pédicule de 25 centim. de circonférence ; son poids est de 2 kil. ; sa partie supérieure arrivait à peu près au niveau de l'ombilic. Le centre est désagrégé, putrilagineux, rempli de pus et de débris sphacelés.

Les ovaires sont sains ; rien aux autres viscères ; quelques adhérences pleurales gauches.

Nous donnerons plus loin le résultat de l'examen microscopique de la tumeur, que nous devons à l'obligeance de notre ami, M. H. Cauvin, préparateur d'histologie.

Comme complications infectieuses du post-partum, nous mentionnerons aussi la *septicémie* et l'*infection purulente*.

On a signalé encore, durant les suites de couches, la *phlébite* (Bidder, 1 cas), l'*abaissement de l'utérus*, l'*inversion utérine* ;

mais ce sont là des accidents rares ; il en est de même de l'*éclampsie* et de la *rupture de la vessie*, consécutive à des pressions prolongées (2 cas : Wechs, Barnes).

Depaul a observé un cas de compression intestinale ayant amené des accidents d'*étranglement interne* mortels.

CHAPITRE V

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC. — La question de diagnostic de grossesse et fibrome peut se poser pendant la grossesse, pendant le travail, après l'accouchement ou l'avortement.

1° *Pendant la grossesse.* — Il arrive, dans quelques cas, que l'on ait eu l'occasion d'examiner la femme antérieurement à sa grossesse; on sait pertinemment qu'elle a un corps fibreux de l'utérus, ou bien encore, déjà soignée pour cette affection, la malade en fera la déclaration elle-même; il suffira alors de vérifier son dire et de rechercher la grossesse. Mais, le plus ordinairement, on manque de ces renseignements et il faut alors se fier au récit de la malade et au résultat de l'examen direct.

Les *anamnestiques* apprendront que, depuis quelque temps, les règles sont venues plus fréquemment; elles ont été plus abondantes, elles ont persisté plus longtemps. Pendant toute la durée de la menstruation, ces femmes ont souffert plus qu'auparavant aux mêmes époques. Il arrive à certaines d'avoir, à ce moment, de la dysurie. Les unes ont une constipation opiniâtre, d'autres des pertes blanches ou aqueuses; les tranchées utérines sont fréquentes. Depuis le début de la grossesse, les hémorrhagies ont pu disparaître tout à fait, se maintenir telles quelles; ou encore diminuer ou augmenter

d'intensité. Pendant ce temps, l'abdomen a pris un développement rapide, plus rapide que ne le comporte une grossesse ordinaire ; aussi les phénomènes de compression se montrent-ils de bonne heure.

Ces renseignements, précieux sans doute, n'ont de valeur que s'ils sont complétés et corroborés par les *signes physiques*. Le ventre paraît très volumineux ; nous ajouterons qu'il est souvent irrégulièrement développé, présentant quelquefois à la vue un certain nombre de bosselures. Au palper, on touche une tumeur qui donne la sensation de l'utérus gravide, on perçoit le fœtus et ses mouvements. L'autre tumeur donne des sensations diverses suivant sa consistance ; celle-ci est généralement dure ; un signe capital, c'est qu'elle durcit en même temps que l'utérus se contracte. Si même la tumeur est peu perceptible dans l'intervalle des contractions, au moment où celles-ci se produisent, elle devient saillante sous la paroi abdominale. L'auscultation fait entendre, sur une tumeur, les battements du cœur fœtal, si la grossesse est suffisamment âgée, sur l'autre, souvent un souffle, tandis que quelquefois aucun bruit n'y est appréciable. Les parois de l'utérus sont parfois si molles qu'elles sont difficiles à sentir. Chadwick dit que l'on sent alors, au-delà des limites de la tumeur, une zone plate et mate correspondant à l'utérus.

Le toucher peut ne donner aucun renseignement sur la tumeur, si celle-ci est trop haut située ou, d'un autre côté, fournir des données nulles sur l'état de gravidité de l'utérus, si la tumeur, remplissant l'excavation, rend le col inaccessible. Dans ces cas, le palper et l'auscultation donneront le complément du diagnostic. Quand il s'agit d'un fibrome du segment inférieur, on peut, au toucher, sentir une tumeur dans l'un des culs-de-sac, refoulant le plus souvent le col derrière le pubis. Les fibromes du col sont encore plus aisément diagnos-

tiqués ; s'ils sont un peu volumineux, l'utérus est remonté, l'excavation est remplie par une masse qui peut donner le change et faire croire à une extrémité fœtale, mais au-dessus de laquelle on trouvera une partie plus dure et surtout plus mobile. L'auscultation permettra de percevoir les battements du cœur fœtal au-dessus de l'ombilic et, au-dessous d'eux, un souffle maternel très intense.

On pourra retirer aussi des indications utiles du toucher rectal. Ces différentes explorations devront être pratiquées dans divers décubitus ; la position gënu-pectorale en particulier est très favorable aux touchers. L'examen au spéculum n'est guère indiqué que pour des corps fibreux du col.

Tels sont les signes qui permettront dans la plupart des cas d'asseoir un diagnostic pendant la grossesse. Une fois le diagnostic posé de grossesse survenue dans un utérus fibreux, il faudra le parfaire en recherchant si l'enfant est vivant ou non, dans quelle position il se présente, quelle est la variété de fibrome à laquelle on a affaire.

Nous donnons ici une observation clinique de M. Gallard, dans laquelle le diagnostic est magistralement discuté :

68° *Obs.* (Gallard, 1887). — Femme de 31 ans, réglée à 16 ans, leucorrhée dans l'intervalle à 23 ans, écoulement roussâtre sanguin dans la période intercalaire ; puis douleurs au côté droit de l'abdomen. A 28 ans, les douleurs augmentèrent, elles occupaient le bas-ventre et les lombes. Elle ne devint enceinte qu'à 31 ans, bien qu'elle fût mariée depuis 26 ans. Elle serait actuellement, d'après elle, au milieu de sa grossesse. L'abdomen est distendu, il est facile de percevoir une tumeur intra-abdominale médiane et remontant jusqu'au niveau de l'ombilic ; vulve violacée, vagin rouge, col congestionné, un peu mou, léger prurit vulvaire, absence de pigmentation de la ligne blanche, teinte brunâtre de l'aréole, mais pas de tubercules de Montgomery. On ne peut affirmer la grossesse par suite de l'absence des signes de certitude ; nous n'avons pu

en effet entendre les battements du cœur fœtal, ni percevoir les mouvements actifs, bien que la malade les ressente.

Par l'auscultation, on entend un bruit de souffle très superficiel, à maximum à mi-chemin du pubis et de l'ombilic. Tenez-vous en garde contre ce bruit rappelant le souffle dit utéro-placentaire, mais dont le rythme est celui du pouls de la mère; ne le confondez pas avec le tic-tac du cœur fœtal, dont les battements sont sans rapport avec le pouls maternel. Les souffles utéro-placentaires doivent encore être rapprochés des souffles, perçus parfois dans le cas de tumeurs fibreuses volumineuses et très vasculaires du bassin. La pathogénie de ces souffles est identique: la circulation dans le placenta et celle que l'on observe dans les tissus voisins des fibromes offrent une même suractivité. Il faut rapporter à cette suractivité vasculaire l'origine de ces souffles. On sait que le fibrome est par lui-même peu vasculaire; mais la coque qui l'entoure supplée par sa large vascularité à cette pauvreté de vaisseaux. Ce rapprochement entre les souffles utéro-placentaires et ceux que l'on perçoit au niveau de certaines tumeurs fibreuses est bien fait, dans notre cas, pour augmenter la difficulté du diagnostic de la grossesse.

Le souffle que nous percevons est superficiel; il n'existe pas dans les fosses iliaques; il ne peut donc être attribué aux vaisseaux iliaques. S'il était dû à un myôme, celui-ci serait situé dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus. S'il faut incriminer une grossesse, le placenta doit être fixé sur cette même paroi. Dans ce dernier cas, nous aurions la raison de notre impuissance à percevoir les bruits du cœur fœtal; le fœtus aurait le dos tourné en arrière, appuyé contre la partie inférieure de la colonne lombaire, appliqué vers la concavité du sacrum.

Si la grossesse ne peut être affirmée, sa possibilité ne doit pas non plus être repoussée. Le diagnostic de tumeur fibreuse peut être cependant posé sans crainte d'erreur. La tumeur intra-abdominale n'offre pas une tuméfaction régulière; elle présente de petites saillies dures, rénitentes, plus ou moins arrondies, ovoïdes, d'un volume variable: noix, œuf de poule. La coexistence d'une grossesse avec le fibrome est possible, très probable, même dans ce cas. Il nous paraît préférable de ne pas se préoccuper des petits fibromes, ni pour le présent, ni pour l'avenir. En thèse générale, les fibromes, accrus pen-

dant la grossesse, suivent la régression de l'utérus délivré du fœtus. Ils reprennent leurs anciennes dimensions, parfois même diminuent d'une manière notable.

Notre tâche sera donc accomplie, si nous conseillons à la malade de reprendre ses occupations de ménage, et d'attendre avec confiance l'époque de son accouchement, si toutefois le diagnostic présumé de grossesse se confirme. Nous suivrons avec soin cette malade, prêts à parer aux accidents s'ils survenaient. Notre rôle doit s'arrêter là, ayant toujours présent à l'esprit l'adage : *Primo, non nocere*.

On ne saurait être trop prudent avant de porter un diagnostic ferme de grossesse compliquée de tumeur fibreuse de l'utérus. Les erreurs sont, en effet, nombreuses et bien explicables. On peut méconnaître l'existence de la grossesse ou celle de la tumeur, on peut aussi prendre réciproquement l'une pour l'autre. Les faits dans lesquels, en présence d'un fibrome simple de l'utérus, on a pensé à une grossesse et même à un accouchement imminent sont relativement fréquents. Celui de Capuron, ayant fait jusqu'au diagnostic de la présentation et de la position et attendant l'accouchement, alors que la femme n'était enceinte que d'un fibrome, est bien connu. On peut en rapprocher celui de Fredet, dans lequel on accoucha magistralement au forceps une tumeur fibreuse, qui avait été prise pour un sommet par une sage-femme et pour un siège par un médecin.

Le Fort (1) a rapporté un cas de grossesse prise pour un fibrome; on put sentir les mouvements du fœtus sous le sommeil chloroformique.

Pendant les quatre premiers mois, il sera difficile de faire le diagnostic différentiel entre la grossesse et un fibrome de l'utérus. Les phénomènes sympathiques sont les mêmes; les

(1) Le Fort, *Soc. de chir.*, 12 mai 1886.

hémorrhagies, quand elles existent, sont un bon signe de fibrome. Ch. Vinay (1) a récemment insisté sur quelques signes de la grossesse au début. Vers la sixième semaine, le caractère le plus constant est un changement dans la forme de l'organe : le corps utérin forme une voussure, saillante surtout en avant ; l'antéflexion augmente ; la consistance du corps est aussi modifiée, il se ramollit et le doigt qui l'explore semble « *pénétrer dans du beurre* », ainsi que le dit Landau ; ce ramollissement a surtout lieu au niveau de la paroi antérieure et vers les cornes utérines. Hégar (2) a signalé aussi la compressibilité particulière du segment inférieur, appréciable dès la quatrième semaine. Un doigt est introduit dans le cul-de-sac antérieur ; l'autre main, contournant la face postérieure de l'utérus, déprime la paroi abdominale et cherche à rencontrer le doigt vaginal, à travers le segment inférieur, que l'on perçoit très mince.

Dans le cas de fibrome, l'examen montrera plutôt un corps utérin dur, irrégulièrement développé ou bosselé. Le toucher rectal rendra de grands services.

Si le fibrome prend un rapide accroissement, il peut facilement masquer une grossesse commençante. A. Van der Weer a publié deux cas personnels et huit autres, empruntés à la littérature médicale, dans lesquels on fit la laparotomie sans avoir diagnostiqué la grossesse ; ce sont ceux de Péan, Fauvel, Patterson, Etheridge et Washif. En voici d'autres observations.

69° Obs. (Ogden, 1885). — Myôme interstitiel enlevé par *énucléation* ; grossesse non diagnostiquée ; guérison ; avortement 12 jours après l'opération.

(1) Ch. Vinay, *Signes et symptômes de la grossesse commençante*. — *Lyon méd.*, 17 mai 1896.

(2) Hégar, *Diagnose der frühesten Schwangerschaftsperiode*. *Deuts. med., Woch.*, 1895, n° 25.

70^e Obs. (Rosthorn, 1892). — Multipare de 39 ans, tumeur abdominale depuis 3 ans; *laparotomie*. On extirpe un fibromyôme de 4.750 grammes. Une grossesse de 3 mois 1/2 non soupçonnée continue.

71^e Obs. (Lannelongue, 1892). — Femme de 36 ans, réglée à 13 ans; régulièrement depuis, sauf pendant le cours d'une dothiéntérie à 25 ans. Depuis mars 1892, les règles n'ont pas reparu; elle a vu se développer rapidement une petite tumeur dure, mobile, indolente, du volume d'une noix, dont elle avait constaté l'existence 5 ans auparavant, et qui était située dans la fosse iliaque droite. Les caractères de cette tumeur ne s'étaient pas modifiés depuis l'époque où la malade l'avait observée pour la première fois. L'augmentation du volume de la tumeur a été très rapide depuis la disparition des règles; elle a gagné la ligne médiane et, en 4 mois, elle est arrivée à occuper la cavité abdominale presque en totalité. Constipation habituelle; pas de troubles urinaires. Depuis la suppression des règles, il se produit des épistaxis fréquentes, mais qui n'ont pas été périodiques.

Etat actuel au 30 juin 1892. — Ventre développé régulièrement et saillant en avant; veinosités des parois abdominales; tumeur uniformément dure, globuleuse; matité absolue; pas d'ascite; pas de souffle. Col porté en avant et à droite, derrière le pubis; pas déchiré, pas d'ulcération, orifice externe arrondi. il est peu volumineux et paraît absolument normal. Corps de l'utérus très volumineux et porté à droite. Cul-de-sac antérieur presque complètement effacé. Dans les culs-de-sac latéraux et postérieurs saillie fluctuante. Les mouvements de la tumeur ne paraissent pas transmis au col. Hystérométrie: 40 cent. Diagnostique: tumeur fibro-kystique de l'utérus. Traitement: hystérectomie abdominale, vu le développement rapide de la tumeur.

L'hystérectomie abdominale totale en un seul temps, selon le procédé de Guérmonprez, est faite le 6 juillet. Drainage de la cavité péritonéale à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée, dont l'une des extrémités est attirée dans le vagin. Guérison.

La tumeur enlevée est un volumineux fibrome du poids de 9 kilogr. 100 gram., de forme globuleuse, développée sur le fond de l'utérus. La région où on trouvait de la fluctuation, correspondait à l'utérus lui-même, distendu par une *grossesse de 3 mois*.

72^e Obs. (J.-B. Murphy, 1896). — Femme de couleur de 39 ans, mariée deux ans avant, pas d'enfant, pas de fausse-couche ; réglée à 14 ans régulièrement, pendant 4 jours environ ; pas d'hémorrhagie. Elle n'a plus eu ses règles depuis juillet 1895 ; une tumeur n'a pas tardé à se montrer au-dessous de l'ombilic, elle s'est accrue rapidement sans douleur ; pas de phénomènes urinaires. A l'examen, on trouve une tumeur nodulaire s'étendant au-dessus de l'ombilic, surtout du côté droit, où elle arrive jusqu'au rebord costal. Une autre tumeur située au-dessous de l'ombilic a le volume d'une tête d'enfant ; elle est dure et peu mobile ; sur la ligne médiane, de la symphyse presque jusqu'à l'ombilic, il y a de la fluctuation. Pas de bruit du cœur fœtal, pas de souffle. Le toucher vaginal révèle une masse volumineuse et dure, emplissant entièrement le bassin ; le col est élevé, il permet l'introduction de l'extrémité d'un doigt.

Diagnostic : Fibrome utérin en dégénérescence kystique ; Pas de grossesse probable. Cœliotomie le 25 octobre 1895. La tumeur est libre d'adhérences ; *extirpation de l'utérus* au-dessus d'une ligature élastique ; il s'agissait d'un fibrome volumineux et très irrégulier de la paroi postérieure de l'utérus, qui contenait un petit fœtus de 3 mois. Traitement externe du pédicule. Guérison.

Après le quatrième mois, la grossesse sera plus facilement reconnue : on aura alors les mouvements actifs du fœtus, on pourra produire le ballottement abdominal, l'auscultation enfin fera entendre les battements du cœur fœtal. On ne négligera pas le toucher combiné au palper, qui donne de précieuses indications. Enfin on répètera à plusieurs reprises les examens à intervalles un peu éloignés. Si la vie de la mère était menacée et qu'il fallût agir promptement, il sera prudent de faire part à la famille de ses doutes sur l'existence possible d'une grossesse. Dans les cas très urgents, L. Tait est partisan de l'incision exploratrice pour fixer le diagnostic d'abord et voir ce qu'il reste à faire ensuite.

Une fois qu'on est sûr de l'état de grossesse de la malade, il reste encore à porter le diagnostic de tumeur fibreuse et,

pour cela, il faudra différencier cette tumeur de toutes celles qui peuvent la simuler et écarter ainsi toutes les chances d'erreur.

Un fibro-myôme utérin donne fréquemment le change et vient en imposer pour un *kyste de l'ovaire*. En effet, nombre de corps fibreux procurent une sensation trompeuse de fluctuation, même en l'absence de toute grossesse, laquelle produit généralement le ramollissement de ces néoplasmes et augmente encore cette fausse fluctuation. M. Ollier a présenté, à la Société de médecine de Lyon (30 mars 1896), une tumeur fibreuse énorme de l'utérus, qu'il avait prise pour un kyste de l'ovaire et dont la fluctuation persistait encore après l'extirpation. M. Rendu (1) a présenté également un fibro-myôme utérin du poids de 10 kilog. ; malgré sa conviction intime qu'il s'agissait d'une tumeur solide, il s'était laissé aller à pratiquer trois ponctions dans ce fibrome, qui était très fluctuant; il n'en était sorti que du sang noirâtre. C'est là une cause facile d'erreur, ainsi qu'on en jugera par les observations suivantes :

73° *Obs.* (Casuso, 1893). — Femme de 41 ans ; bien réglée. Pendant un premier mariage de 5 ans, n'a pas eu d'enfants. Remariée il y a 2 ans, ses règles ont été supprimées en janvier 1893. Souffrant de violentes douleurs de ventre et de vomissements, elle consulta des médecins de la Havane, qui firent le diagnostic de *kyste de l'ovaire* et de grossesse, et proposèrent l'opération, qui fut refusée. L'accouchement eut lieu le 23 septembre et nécessita une application de *forceps*. L'enfant se présentait en O. I. D. P. 20 jours après l'accouchement, on sentit, par le palper, une tumeur suffisamment mobile dans le sens vertical et transversal pour pouvoir la séparer de l'utérus, auquel elle était reliée par un gros pédicule. Les caractères de cette tumeur étaient ceux d'un fibrome utérin.

(1) Rendu, *Soc. sc. méd. de Lyon*, 1^{er} avril 1896.

74° Obs. (de Becking, cité par Treub, 1894). — Femme de 36 ans, mariée depuis 9 mois, réglée à 16 ans, toujours bien. La malade, antérieurement forte, a beaucoup maigri depuis son mariage. Dernières règles le 31 mai 1893. Au milieu du mois d'août, elle s'aperçut d'une tumeur dans la moitié droite du ventre, tumeur d'abord insensible, douloureuse au bout d'une quinzaine de jours.

Après un examen sous le chloroforme, le diagnostic resta incertain entre un fibro-myôme et un *kyste de l'ovaire*. A cause de la très grande mobilité de la tumeur, la dernière éventualité fut considérée comme probable. La laparotomie était indiquée par les signes assez graves d'irritation péritonéale. Laparotomie le 29 octobre; on trouva un fibro-myôme de la grosseur de deux poings, dont le centre était totalement ramolli. Sa base était si large qu'il ne pouvait être question de l'enlever par une simple section après ligature. On procéda par énucléation. Après résection de la plus grande partie du sac, la plaie restante fut fermée à la soie. Fermeture de l'abdomen. Guérison. La grossesse évolua jusqu'à la sixième semaine avant le terme probable, époque à laquelle elle se termina par la naissance spontanée d'un garçon de 2 kilog.; suites normales.

Dans le cas suivant, c'est l'utérus gravide qui fut pris pour un kyste de l'ovaire.

75° Obs. (L. Landau, 1890). — Primipare de 28 ans, au troisième mois de sa grossesse; le bassin est rempli par une tumeur fluctuante; le col est très élevé. On pense à un *kyste de l'ovaire* et on propose l'ovariotomie, qui est refusée. La grossesse arriva à terme; mais le travail n'avancait pas; on fit la laparotomie; on trouva plusieurs fibromes qui furent extirpés; l'enfant vécut.

Dans ce cas, la grossesse avait été d'abord méconnue; l'utérus gravide avait été pris pour un kyste de l'ovaire et on avait pris un fibrome pour l'utérus rétrofléchi.

Dans l'observation suivante, ce fut à une *tumeur solide de l'ovaire* que s'arrêta le diagnostic.

76° Obs. (N. Flaischlen, 1892). — Primipare de 34 ans, grossesse de 3 mois, tumeur située à gauche et en arrière de l'utérus, arrondie, du volume d'une tête d'enfant, dure, mobile, reliée très manifestement par un pédicule à l'utérus.

Le diagnostic reste hésitant entre une tumeur utérine et une tumeur solide de l'ovaire. Après examen sous chloroforme, on s'arrête à ce dernier diagnostic.

Laparotomie à trois mois et demi. On trouve deux fibromes : l'un, le plus volumineux, est relié à la face postérieure de la corne gauche de l'utérus, par un long pédicule ; l'autre a une base large et est implanté à gauche et en avant sur l'utérus. Ligature et ablation du premier ; le deuxième est énucléé, sa cavité suturée au catgut et le péritoine fermé à la soie fine. La grossesse arrive à terme. Accouchement d'un garçon vivant.

Les tumeurs fibreuses utérines simulent quelquefois la *grossesse gémellaire*.

77° Obs. (Maygrier, in thèse de Marquézy, 1891). — Femme de 34 ans, premier accouchement normal, il y a 12 ans. Sa deuxième grossesse est actuellement au neuvième mois. Le ventre est énorme ; il existe une présentation du *siège* ; on trouve 2 foyers d'auscultation ; on pense à une *grossesse gémellaire*. A quelques jours de là, la présentation change ; on trouve un *sommet* et un seul foyer d'auscultation. L'accouchement fut rendu difficile par la rigidité de la lèvre postérieure du col, la partie postéro-inférieure de l'utérus étant parsemée de produits fibreux qui, même, avaient fait croire un moment qu'il existait de l'hydrocéphalie.

Voici maintenant deux observations, dans lesquelles un fibrome de la paroi postérieure fut pris pour une *dilatation sacciforme* de cette paroi, accompagnée de grossesse gémellaire :

78° Obs. (Tarnier, 1889). — Un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus fit penser, avant le début du travail, à un *développement sacciforme* avec *grossesse gémellaire* possible. Le fœtus occupait la partie supérieure de l'utérus. Les battements s'entendaient à droite et au-dessus de l'ombilic. *Version*

des plus laborieuses ; la main fut introduite trente fois dans l'utérus : sept fois par M. Tarnier, vingt-trois fois par M^{me} Henry. Enfant mort. Guérison.

79^e *Obs.* (Marquézy, 1891). --- Dans un cas de grossesse compliquée de fibrome de la paroi postérieure de l'utérus, on porta le diagnostic de *grossesse gémellaire avec dilatation sacciforme* de l'utérus. Présentation du *siège* en S. I. G. A. *Accouchement artificiel* facile ; enfant mort.

Signalons encore la grossesse gémellaire, la grossesse extra-utérine, la rétroversion de l'utérus gravide, les tumeurs kystiques sous-péritonéales (Kuackenbush), les kystes hydatiques (Wiener, 1877 ; Brill, 1882 ; Gunsburg, 1884) ; les tumeurs des parois abdominales, les tumeurs du bassin, l'hématocèle rétro-utérine (Demarquay, Saint-Vel), les malformations utérines, l'hypertrophie partielle du segment inférieur (Bailly), la rétraction tétanique du segment inférieur (Tarnier), l'insertion vicieuse du placenta (Chahbazian), la môle hydatiforme, le cancer du col, l'allongement hypertrophique du col (Scarlat, Leroux, Cazeaux), les tumeurs kystiques du col (Tarnier), la distension de la vessie par l'urine (Braxton-Hicks) ; aussi Polaillon recommande-t-il avec raison de pratiquer le cathétérisme ; il sera bon aussi de vider le rectum.

2^o *Pendant le travail.* — A ce moment, toute l'attention doit se reporter sur la tumeur fibreuse. Celle-ci sera généralement rendue très manifeste au moment des contractions utérines, si elle est abdominale. Si on a affaire à une tumeur du segment inférieur, une erreur commune est de la confondre avec la présentation. Voici, dans ce dernier cas, les signes spéciaux qui permettront d'arriver au diagnostic. Marquézy les divise en signes de présomption, de probabilité et de certitude.

Les signes de *présomption* sont les présentations vicieuses,

les mutations fréquentes de présentations, la situation élevée de la présentation, le retard dans l'engagement, la protusion des parties fœtales au-dessus et en avant du pubis, la flexion exagérée du sommet avant l'engagement.

Les signes de *probabilité* sont donnés par la coexistence des signes précédents avec l'absence de viciation pelvienne ou d'une grossesse gémellaire, l'existence de petits fibromes disséminés sur la paroi antérieure de l'utérus, les troubles ménorrhagiques antérieurs à l'accouchement.

Les signes de *certitude* sont fournis par la connaissance préalable du fibrome, soit avant, soit au moment de la grossesse, par le toucher intra-utérin, par le toucher rectal. Une ponction exploratrice vient parfois lever les doutes.

Il faudra éviter de prendre quelques-uns de ces symptômes pour des signes d'une viciation pelvienne ou d'une brièveté du cordon. Dans quelques cas, il faudra recourir à l'examen sous le chloroforme.

Dans l'observation suivante, l'engagement ne se faisait pas par suite de l'existence d'un fibrome du segment inférieur.

80° *Obs.* (Hamon de Fresnay, 1885). — Femme de 26 ans, 5 accouchements à terme, 2 morts-nés. *Présentation très élevée du sommet.* Pas d'engagement. Application du rétroceps; tentatives d'extraction sans succès. L'enfant est extrait par le forceps avec tracteur mécanique; il est en état de mort apparente, et peut être ranimé. A la partie postéro-inférieure de l'utérus, on constate une induration en nappe assez étendue, qui correspondait à un fibro-myôme interstitiel très dur.

Malgré tout, cependant, il est des cas où le diagnostic est impossible, si l'on ne recherche pas systématiquement le corps du délit, témoin le fait suivant de Doléris.

81° *Obs.* (A. Doléris, 1882). — La nommée X..., 40 ans, est apportée à la clinique d'accouchement, service de M. le docteur Charpentier, le 19 octobre 1882, dans un état fort grave: pouls petit, irrégulier, rapide; respiration haletante;

peau froide, couverte de sueur ; facies grippé et asphyxique ; prostration profonde.

A l'âge de 22 ans, accouchement prématuré à 7 mois et demi. Elle est actuellement enceinte d'environ 8 mois. Pendant cet intervalle, il ne paraît pas qu'elle ait eu ni maladies, ni hémorrhagies.

Le 13 octobre, sans cause apparente, rupture de la poche des eaux, grande quantité de liquide. Examinée par une sage-femme, le 17, elle perdait aussitôt après une grande quantité de sang.

Le 18, douleurs abdominales, frissons, lipothymies, puis, périodes d'excitation ; pertes fétides alternant avec des hémorrhagies. Peu de contractions utérines.

Elle entre, le 19, à la clinique : on perçoit nettement une crépitation superficielle sur toute l'étendue de l'abdomen, la racine des cuisses et la base du thorax, due à un développement de gaz putrides.

Le col utérin est long de 5 cent. : il se laisse pénétrer facilement par le doigt, l'excavation paraît libre et l'on sent la tête fœtale, en O.I.G.A., à peine engagée. Pas de battements fœtaux. Injections vaginales, injections sous-cutanées d'éther. Dilatation du col au moyen du ballon de Barnes. Le soir, le col est encore long, mais deux ou trois doigts peuvent être introduits. Le tissu cervical paraissait induré sur un point et comme fibreux. Le seul espoir restait dans une délivrance rapide. M. Charpentier fit des tentatives pour amoindrir la tête d'abord, puis, pour la broyer au moyen du céphalotribe ; peine inutile : la tête fuyait au-dessus du détroit supérieur. On essaya successivement du cranioclaste, d'un petit forceps, de crochets mous, de pinces à os, mais sans plus de succès. L'obstacle paraissait tenir surtout au col, qui ne se dilatait pas, et aussi à la mobilité de la tête, qui paraissait éprouver, pour sa descente, une difficulté inexplicable.

Au bout de trois quarts d'heure, la parturiente expira.

Autopsie. — Les gaz sous-cutanés ont disparu ; quelques adhérences épiploïques, pas de trace de suppuration bien intense ; utérus et ovaire droit congestionnés. Enorme fibromyôme qui oblitère la moitié gauche de l'aire du détroit supérieur ; il est inclus dans la paroi utérine gauche et développé, partie dans le tissu du corps, partie dans celui du col. Son volume approche de celui d'une tête fœtale à terme ; il fait une

saillie notable dans la cavité utérine ; il est très dur. La portion intra-utérine est tapissée par la caduque déchirée, infiltrée de sang et recouverte d'une couche putrilagineuse : c'est là, évidemment, la source des hémorrhagies qui ont précédé le travail et qui ont reparu au moment de l'accouchement.

L'orifice de Braun n'était pas appréciable, ce qui s'explique par le défaut d'engagement, l'âge avancé de la femme, enfin, la transformation fibreuse de l'utérus. Le placenta était inséré à droite, un peu au-dessus du col.

La tête fœtale porte les traces des tentatives opératoires. L'examen des pièces a été fait par M. Moulonguet : le tissu est vasculaire, presque uniquement constitué par des éléments jeunes, fibres musculaires lisses rares, fibres conjonctives très abondantes, enveloppées par une trame déliée d'éléments conjonctifs adultes ; c'est donc un fibro-myôme classique avec la caractéristique habituelle de l'accroissement rapide pendant la grossesse.

Discussion de cette observation à la Société anatomique : M. *Charpentier*. — Il désire insister sur deux points : le fait de l'impossibilité de diagnostiquer cliniquement une tumeur de ce genre, à moins que l'attention ne soit spécialement dirigée dans ce sens : la formation de gaz putrides dans l'épaisseur des parois abdominales.

M. *Dolérès*. — Ce développement de gaz s'explique par l'état de septicémie grave de la mère. Il a trouvé des bactéries toxiques dans les liquides et le sang, en petite quantité un peu avant la mort, en plus grande quantité quelques heures après.

M. *Cornil* accepte cette explication.

3° *Après l'accouchement*. — Bien des fibromes de l'utérus passent inaperçus, ou tout au moins le diagnostic ferme ne peut être porté qu'après le travail. Sur 191 cas, Nauss en a trouvé 42 qui ne furent diagnostiqués qu'à cette période.

L'accouchement et la délivrance terminés, l'utérus reste volumineux ; il se contracte douloureusement ; il y a de l'hémorrhagie. On pense alors souvent à une *grossesse gémellaire*, dont le second fœtus, celui qui reste, serait mort.

82° Obs. (J. Morris, 1886). — Fibrome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus, qui fut pris pour un second fœtus, après l'accouchement. *Placenta prævia*.

Le toucher et le palper feront reconnaître l'erreur. On peut confondre encore un fibrome du col avec une *inversion utérine* (le contraire est arrivé à Gooch) ou avec un *abaissement de l'utérus*.

Très exceptionnellement, une tumeur fibreuse, spontanément expulsée, peut faire penser à un *monstre anidien* (Falin). Dans ce cas, l'examen histologique seul de la pièce est susceptible d'en déterminer la nature.

4° *Diagnostic de la variété et du siège*. — Le diagnostic de tumeur fibreuse est fait, reste à élucider si cette tumeur est sous-péritonéale, interstitielle ou sous-muqueuse, si elle intéresse le corps ou le col ; en un mot, il faut arriver à un diagnostic complet ; le traitement y est sérieusement engagé.

Il ne faudra négliger aucun moyen d'investigation. L'examen direct est souvent rendu difficile par l'état de grossesse de la femme ; l'anamnèse sera donc d'une grande utilité ; on n'oubliera pas de se renseigner sur les grossesses et les avortements ou accouchements antérieurs.

L'examen comprendra naturellement les divers modes d'exploration en usage dans cette occurrence : palper, percussion, auscultation, palper combiné au toucher, toucher vaginal (digital et manuel), toucher intra-utérin, toucher rectal. On se souviendra que la position génu-pectorale est souvent propice au toucher ; on ne manquera pas de procéder à l'évacuation des réservoirs vésical et rectal, avant de procéder à l'examen. Enfin, l'anesthésie est parfois nécessaire.

Toutefois, il est des cas difficiles qui paraissent défier les plus habiles praticiens. Voici un exemple d'erreur de diagnostic, qui a porté à la fois sur la nature et le siège de la tumeur.

83° *Obs.* (P. Delbet. 1892). — Femme de 31 ans, enceinte de 4 mois et demi, entre à la Charité, le 5 novembre 1891, dans le service du docteur Duplay. Deux mois avant, elle constata, au voisinage de son épine iliaque antéro-sup. droite, une petite tumeur arrondie, indolente et très mobile. La tumeur s'accrut assez rapidement en conservant les mêmes caractères. Vers la fin d'octobre, elle devint douloureuse.

La malade est colorée, vigoureuse et en somme, bien portante. Pas de lésion viscérale, pas de fièvre.

L'abdomen est assez développé, mais sans excès pour l'âge de la grossesse. On est immédiatement frappé par une saillie anormale qui déforme la fosse iliaque et le flanc droits. Il existe là une tumeur ovoïde, à contours mal définis, dont le grand axe est oblique de haut en bas et de dehors en dedans et dont le point culminant est situé un peu en dedans et au-dehors de l'épine iliaque antéro-sup. La peau ne présente en ce point aucune altération.

L'utérus, très facile à circonscrire, s'élève jusqu'à quatre travers de doigt de la ligne horizontale passant par l'ombilic ; mais il est très dévié à gauche, si bien que la ligne verticale passant par l'ombilic tombe à peu près sur la corne utérine droite. Il est très facile de séparer l'utérus de la tumeur ; entre les deux, existe un sillon large et profond et une zone de sonorité franche.

Quand on palpe la tumeur, le premier caractère qui frappe, c'est qu'elle est très superficielle, on l'a tout de suite sous le doigt. Elle est ovoïde et aplatie en forme de galet ; son grand axe mesure environ 12 centimètres, le petit de 8 à 9 ; ses contours, sans être précis, sont cependant assez nets. La surface est absolument lisse et régulière.

Quand on cherche à apprécier sa consistance on détermine de la douleur, ce qui rend l'examen difficile. Cette consistance est une sorte de rénitence un peu molle, qui fait penser à l'existence de liquide, sans toutefois permettre de l'affirmer. La percussion révèle une matité, complète au centre, incomplète sur les bords.

Quand les parois abdominales sont relâchées, la tumeur est très mobile, surtout dans le sens transversal.

Mais, si on fait contracter les muscles de l'enceinte abdominale, la tumeur devient moins nette et s'immobilise complètement.

Le toucher vaginal n'apprend rien.

Le diagnostic fut celui de tumeur de la paroi, abcès ou fibrome.

Dix jours après, d'importantes modifications s'étaient produites, la tumeur avait manifestement grossi; elle était devenue plus ferme et toute sensibilité avait disparu. M. Duplay se rattacha à l'idée d'une tumeur, et pensa plutôt à un sarcome qu'à un fibrome. Il devenait, dès lors, imprudent d'attendre le terme de la grossesse pour enlever un néoplasme d'une marche aussi menaçante. L'opération fut faite le 17 novembre 1891. Incision de 15 cent., oblique en bas et en dedans, sur la tumeur. On traverse la peau, le tissu cellulaire, les muscles sans arriver à la tumeur. Il restait au fond de la plaie une membrane grisâtre, un peu tomenteuse qui ne ressemblait guère au péritoine. Cette membrane est incisée dans toute l'étendue de la plaie. Aussitôt il s'échappe, par la partie inférieure de cette incision, quelques cuillerées d'un liquide jaunâtre et transparent, c'était du liquide ascitique. Le péritoine était ouvert, mais sur une petite étendue, dans l'angle inférieur de l'incision. Dans le reste de la plaie, apparaissait la tumeur, complètement adhérente à la paroi. Il s'agissait donc, non pas d'une tumeur pariétale, mais d'une tumeur intra-abdominale, ayant contracté des adhérences pariétales.

M. Duplay décolle ces adhérences assez facilement. La tumeur est attirée au dehors; on trouve à sa face profonde un pédicule court mais mince, du volume du pouce, reliant la tumeur à la corne droite de l'utérus. La tumeur est facilement extirpée.

Suites opératoires insignifiantes. La grossesse continue son évolution normale; le fœtus est vivant; la malade sort le 22 décembre.

Cette malade succombe le 3 janvier 1892, à l'influenza, et elle accouche, la veille de sa mort, d'un fœtus mort. Histologie: fibro-myôme.

Un fibro-myôme sous-péritonéal pédiculé de l'utérus a été pris pour un fibro-sarcome de la paroi abdominale. L'erreur a porté sur le siège et la nature de la tumeur.

Le point capital était de déterminer si, oui ou non, la tumeur était intra-pariétale? Or, quels signes donne-t-on pour faire cette détermination? Deux seulement, l'un que Billroth a signalé le premier et sur lequel Labbé et Remy insistent beau-

coup, c'est que la mobilité de la tumeur diminue quand le ventre est tendu. L'autre, que Budin donne comme le meilleur pour faire le diagnostic des fibromes pariétaux pendant la grossesse, c'est que, lors de la contraction des parois abdominales, le fibrome de la paroi reste perceptible, tandis que le fibrome de l'utérus est masqué, comme par une cuirasse. Ni l'un ni l'autre de ces signes n'a une valeur absolue. Du reste, les tumeurs intra-péritonéales adhérentes à la paroi sont immobilisées par la contraction des muscles abdominaux.

Le rapide accroissement pendant la grossesse aurait pu nous faire penser à une tumeur dépendant de l'utérus, bien que cet accroissement se rencontre aussi dans les tumeurs de la paroi. Mais il y a un autre signe auquel nous n'avons pas attaché une importance suffisante, c'est la déviation de l'utérus, qu'il était bien difficile d'expliquer par la présence d'une tumeur pariétale de volume moyen.

PRONOSTIC. — Les fibromes utérins, comme on a pu le voir au cours de cette étude, constituent une complication sérieuse de la grossesse.

Sur 286 cas, où le sort de la mère est connu, Lefour a relevé 141 cas de mort, donc une femme sur 2,02 a succombé; sur 220 observations mentionnant le sort de l'enfant, 130 sont nés morts, soit 1 sur 1,69.

Les statistiques de Susserott, de Nauss, de Gusserow et de Stratz; donnent respectivement pour la mortalité maternelle : 53 0/0, 53,92 0/0, 57 0/0 et 53,8 0/0 ; pour la mortalité foetale : 66 0/0, 57,2 0/0, 66 0/0 et 58,33 0/0.

Sur 597 cas réunis par Stavely et dans lesquels l'accouchement se produisit, 220 femmes, soit 37 0/0, moururent ; sur 307 cas d'avortements pour fibromes, la mortalité maternelle fut seulement de 12 0/0.

Chahbazian, sur 78 cas de fibromes du col compliquant la grossesse, a relevé 26 cas de mort pour la mère, soit 33,33 0/0, et, sur 62 cas où mention est faite de l'état de l'enfant, il y eut 35 mort-nés, soit 56,12 0/0.

D'autre part, Hofmeier, s'appuyant sur sa statistique, émet les conclusions suivantes : « Les myômes ne causent que rarement pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, des dangers réels, des dangers sérieux. Patience, direction prudente de l'accouchement, surtout antisepsie rigoureuse, surveillance judicieuse de la délivrance, voilà les conditions qui permettent de diminuer considérablement ces dangers. »

Sans être aussi optimiste que Hofmeier, nous devons dire que le danger des fibro-myômes utérins compliquant la grossesse, tout en étant sérieux, n'est certainement point aussi grave que l'indiquent la plupart des statistiques. Les statistiques, du reste, sont assez variables, à cet égard comme à bien d'autres, et ont un défaut capital mais inévitable, celui de porter sur une majorité de cas qui n'ont été publiés que vu leur gravité ; tandis que nombre d'observations, dans lesquelles le fibrome n'a déterminé aucune espèce d'accidents, n'ont pas vu le jour, précisément à cause de leur banalité apparente.

« C'est, comme le fait judicieusement observer M. le professeur Puech, dans les diverses manières d'être des fibromes qu'il faut chercher pour chaque cas les éléments du pronostic ; nous avons déjà montré l'importance de certains facteurs, tels que le volume des tumeurs, leur siège, leur consistance, leur mobilité. D'une manière générale et toute chose égale d'ailleurs, le pronostic, au point de vue du travail, est plus sévère pour les fibromes du segment inférieur que pour les fibromes du corps, pour les tumeurs interstitielles que pour les tumeurs sous-péritonéales ; pour les tumeurs sessiles que pour les tumeurs à long pédicule. Il faudra tenir compte de la disposition du fœtus dans la cavité utérine ; de la possibilité d'une procidence du cordon, toujours menaçante avec une présentation tenue, pendant une bonne partie du travail, élevée au-dessus du col et du détroit supérieur. En même temps que le

fibrome, peut se rencontrer une insertion vicieuse ; il n'est pas besoin d'insister sur ses dangers. Rappelons-nous que la rupture prématurée de la poche des eaux est fréquente et que cet accident vient assombrir beaucoup le pronostic, quand le fœtus est mort et que son expulsion est lente à se faire. La délivrance n'est pas toujours exempte de difficultés : hémorrhagie et rétention du placenta se rencontrent encore trop souvent, au cours de cette période du travail. Pendant les suites de couches, il y a lieu de craindre l'apparition des phénomènes d'infection liés aux modifications survenues du côté du fibrome. »

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

L'accoucheur peut être consulté à diverses étapes d'une grossesse évoluant avec un corps fibreux ; il est même quelquefois, avant la conception, appelé à donner son avis sur les dangers éventuels d'une grossesse survenant dans ces conditions anormales. Il nous faut donc passer en revue les indications hygiéniques et thérapeutiques spéciales, suivant le moment où l'on viendra réclamer les conseils ou les soins du médecin.

CONDUITE A TENIR AVANT LA CONCEPTION. — Doit-on déconseiller la maternité, comme trop dangereuse, aux jeunes femmes affligées de fibro-myômes utérins ? Question délicate et qui a été diversement résolue. « Il importe aux jeunes femmes, dit Blandin, qui ont des corps fibreux de l'utérus, de ne pas devenir enceintes ; d'abord, parce que le plus souvent elles auraient à supporter les périls de l'avortement, et ensuite parce que, si l'enfant venait à terme, la tumeur fibreuse pourrait apporter des obstacles considérables à l'accouchement. » Bayle voulait que « l'on conseillât aux malades affectées de corps fibreux de renoncer à l'espoir de devenir mères. » Depaul est aussi de cet avis. Lawrence dit qu'il faut, tout au moins, prévenir une jeune fille, atteinte d'un fibroïde utérin, des dangers qu'elle court en se mariant. Chahbazian ne pense pas qu'on soit en droit d'infliger le célibat à ces femmes.

C'est là certainement une question difficile et qui ne peut être résolue également pour tous les cas. Avant de formuler un avis, il faudra peser rigoureusement toutes les conditions du cas particulier : volume, situation, variété, nombre des tumeurs, les accidents qu'elles peuvent avoir déjà causés, leur marche, l'état du bassin. Après cela, il sera sage de suivre le conseil de Lawrence, en se bornant à éclairer l'intéressée sur les dangers probables d'une grossesse. Si la femme est jeune, si la tumeur paraît facile à enlever, on devra proposer l'extirpation, qui aura le double avantage de débarrasser la malade d'une néoplasie qui, même hors l'état de gestation, ne laisse pas que de présenter des dangers, et qui, une fois enlevée, lui permettra de concevoir avec plus de facilité et d'espérer une grossesse normale, terminée par un accouchement physiologique.

Les cas sont rares, au reste, où l'on est consulté à titre préventif. On l'est beaucoup plus souvent pendant la grossesse et surtout au moment de l'accouchement.

CONDUITE PENDANT LA GROSSESSE. — Il faudra naturellement avant tout se livrer à un examen minutieux, pour arriver à un diagnostic aussi exact que possible.

La femme ne présente pas d'accidents menaçants, tous les efforts de l'accoucheur devront tendre alors à conduire la grossesse à terme ou, tout au moins, aussi près que possible du terme, quitte à intervenir alors. Il faudra donc parer d'abord à un avortement possible ; conseiller pour cela, pendant les périodes dangereuses, celles qui correspondent aux époques menstruelles, le repos au lit, les boissons fraîches, des repas légers, éviter toute fatigue dans leur intervalle, traiter immédiatement et énergiquement toute menace d'avortement. On pourra essayer en même temps d'un traitement médical que

M. Jouin (1) vient de préconiser récemment contre les tumeurs fibreuses, nous voulons parler de la médication thyroïdienne. Nous ne pensons pas, en effet, que cette médication puisse avoir une influence abortive quelconque.

On modifiera par la version céphalique les mauvaises présentations et on maintiendra la nouvelle au moyen d'une ceinture abdominale.

Mais les troubles graves sont la conséquence de cette coexistence anormale d'un fibrome avec une grossesse ; il se produit des phénomènes menaçants de compression, il y a des métrorrhagies abondantes ; de violentes douleurs enlèvent tout repos à la femme ; des vomissements incoercibles la rendent incapable de mener bien loin sa grossesse ; il faut agir sous peine de voir se produire bientôt l'avortement ou la mort du fœtus.

Autant que possible, il faudra s'efforcer d'enlever la tumeur, en respectant l'utérus. On sait, en effet, qu'une intervention chirurgicale pratiquée sur un utérus gravide n'interrompt pas fatalement le cours de la grossesse (E. Ozenne) (2). Nous pouvons ajouter de nombreuses observations à l'appui de ce fait bien connu.

84° *Obs.* (Schröder, 1880). — Primipare, 40 ans, enceinte de 16 semaines, fibromes pédiculés multiples. On en enlève deux adhérents, on en laisse plusieurs petits ; guérison ; accouchement à terme au *forceps*.

85° *Obs.* (Landau, 1885). — Primipare, 23 ans, deux tumeurs fibreuses sous-péritonéales pédiculées, de la grosseur d'une tête d'enfant à droite, d'un œuf à gauche ; on les enlève au troisième mois de la grossesse ; pas d'hémorrhagie ; guérison ; la grossesse continue ; accouchement normal à terme.

(1) Jouin, *D'une nouvelle thérapeutique médicale des fibromes utérins*. Journ. de méd. de Paris, 3 nov. 1893.

(2) E. Ozenne, *De la tolérance de l'utérus gravide*. — Bulletin méd., 1896, p. 594.

86° *Obs.* (P. Langner, 1886). — Primipare, 43 ans ; laparotomie au quatrième mois pour avortement imminent, pour cause de fibrome de l'utérus ; extirpation du fibrome seul ; guérison ; accouchement à terme d'un enfant vivant.

87° *Obs.* (Martin, 1886). — Grossesse au troisième mois et demi ; tumeur fibreuse du fond de l'utérus à gros pédicule ; myomectomie ; guérison ; la grossesse continue.

88° *Obs.* (Martin, 1889). — Primipare de 43 ans ; au deuxième mois de la grossesse, extirpation d'un fibrome du fond de l'utérus ; il n'y avait presque pas de pédicule. aussi la paroi utérine fut-elle intéressée ; l'hémorrhagie fut arrêtée par la suture ; la grossesse continue ; accouchement à terme ; *délivrance artificielle*.

89° *Obs.* (Mayo Robson, 1889). — Extirpation d'un corps fibreux du col, du volume d'une noix de coco, au 7° mois de la grossesse ; l'opération, quoique faite au thermo-cautère, fut suivie d'une hémorrhagie abondante ; l'accouchement se fit à terme.

90° *Obs.* (Frommel, 1889). — Grossesse au 5° mois ; fibrome de la grosseur d'une tête fœtale, ramolli et enflammé ; *péritonite* ; myomectomie ; guérison ; accouchement à terme.

91° *Obs.* (S.-C. Gordon, 1889). — Femme de 35 ans, laparotomie pour fibrome utérin interstitiel, au 3° mois d'une grossesse ; énucléation de la tumeur ; on laisse la paroi utérine très amincie, mais sans perforation ; la plaie saignait beaucoup, la suture arrêta l'hémorrhagie ; accouchement à terme.

92° *Obs.* (A. Bergh, 1889). — Grossesse au 4° mois ; deux tumeurs fibreuses, la plus grosse du volume de deux poings ; énucléation ; guérison ; accouchement normal.

93° *Obs.* (A. Routier, 1890). — Femme de 37 ans, dont le ventre a brusquement grossi et est devenu douloureux depuis 15 jours. Il présente une tumeur dure, bosselée, irrégulière, mate, étendue du pubis à l'ombilic ; au-dessus de l'arcade crurale droite est une masse molle, pseudo-fluctuante, du volu-

me du poing, nettement séparée de la grosse tumeur. Le col est normal, en continuité avec la masse molle de droite. Aucun bruit de cœur ne s'entend. Les règles manquent depuis 3 mois. Routier pense à un fibrome utérin et à une grossesse. Il fait la laparotomie ; gros fibrome bosselé, réniforme, inséré sur le fond de l'utérus gravide par un pédicule de la grosseur du poing. On l'extirpe sans ouvrir l'utérus ; il pesait 2.415 gr. La grossesse a évolué.

94° *Obs.* (Exerke, 1894). — Myomectomie pendant une grossesse compliquée de fibro-myôme. La grossesse suit son cours.

95° *Obs.* (Treub, 1894). — Femme de 29 ans, a eu un enfant, il y a 11 ans, grossesse et accouchement normaux. Depuis quelque temps se plaint de douleurs dans le bas-ventre. La menstruation, en général très régulière, a fait défaut la dernière fois. Depuis la douleur a augmenté et a pris le caractère de crampes, revenant par attaques. La miction est devenue fréquente et douloureuse, la nuit tout autant que le jour. Selles régulières, sans douleurs.

L'examen sous le chloroforme donne les renseignements suivants : Au-dessus de la symphyse se trouve une proéminence occasionnée par une tumeur sphérique, dure et lisse, qui va presque jusqu'à l'ombilic. Sur les deux côtés, ainsi que vers le haut on peut facilement déterminer la tumeur qui se perd en bas dans le bassin ; elle est très mobile dans tous les sens. Le col est très élevé. Le corps de l'utérus, agrandi et très mou, se trouve un peu en rétroversion et tout à fait acculé à la paroi gauche du bassin. A gauche, on sent l'ovaire, tandis qu'il ne peut être perçu à droite. Le col étant attiré au moyen d'une pince tire-balle, le toucher rectal permet de s'assurer que la tumeur s'implante par une large base à la partie supérieure du côté droit de l'utérus.

Diagnostic : fibro-myôme utérin sous-séreux intra-ligamentaire, avec sinistroversion secondaire de l'utérus et déplacement en haut de l'ovaire droit, grossesse dans la 6° ou 7° semaine.

Tenant compte, tant de l'augmentation des douleurs sous l'influence de la grossesse commençante, que de la certitude presque absolue que la tumeur intra-ligamentaire rendrait bientôt impossible une plus forte extension de la matrice, Treub résolut de faire l'ablation de la tumeur.

A quelques jours de là, laparotomie. La tumeur, ne présentant pas d'adhérences, put être facilement tirée hors du ventre. Le diagnostic se trouva juste.

Après avoir libéré la face extérieure de la tumeur par la section après ligature du ligament large droit, sa base fut prise dans quatre ligatures en chaînette et coupée ensuite à 1 cent. au-dessus des ligatures. La plaie ovalaire qui en résulta montra une quantité d'énormes tumeurs vasculaires. Une suture à fil de soie en surjet fixa le péritoine au-dessus du moignon. Fermeture de l'abdomen. Guérison. Continuation de la grossesse, qui se termina par un accouchement normal 3 semaines avant le terme présumé : suites de couches bonnes.

96° *Obs.* (Terrier-Pinard, rapportée par Zaborowski, 1891, et Lefaye, 1895). — Femme de 33 ans, enceinte de 4 mois et demi ; M. Terrier lui extirpa, par la laparotomie, un gros fibrome sous-péritonéal pédiculé, pesant 3,500 gr. ; le pédicule mesurait 3 à 4 cent. de diamètre ; on mit une ligature élastique. Un second petit fibrome fut également enlevé ; un troisième fut laissé. Il y avait un léger épanchement ascitique. Six jours après, *phlébite* de la jambe droite. La grossesse évolue ; accouchement à terme, dans le service de M. Pinard : sommet en O. I. D. P., enfant vivant. Le petit fibrome avait augmenté de volume, il avait alors le volume d'une mandarine. Trois ans après, cette femme eut une nouvelle grossesse, qui fut physiologique et se termina par un accouchement spontané.

Sur 11 myomectomies pendant la grossesse, Mayer a relaté 8 guérisons et 5 grossesses continuèrent ; sur 7 cas, Pestalozza eut 5 guérisons, 4 grossesses évoluèrent.

Dans l'observation suivante, de M. Guinard, l'opération fut pratiquée entre le troisième et le quatrième mois de la grossesse ; l'accouchement eut lieu prématurément, à 7 mois et demi.

97° *Obs.* (Guinard, 1893). — Femme de 33 ans, vue au troisième mois de sa grossesse. Trois de ses grossesses se sont normalement passées, accouchement à terme, enfants vivants ; quatrième, forceps, enfant mort. Avant la suspension

de ses dernières règles, ménorrhagiës assez abondantes et un peu de leucorrhée.

A son entrée à l'hôpital St-Louis, elle se plaint de douleurs de ventre très vives. L'examen montre deux tumeurs qui semblent distinctes : l'une, qui occupe la fosse iliaque gauche, remonte au-dessus de l'ombilic, et rappelle, par sa rénitence, un utérus gravide ; l'autre, qui remplit le petit bassin du côté droit, est dure, lisse, et beaucoup moins mobile.

Diagnostic : corps fibreux, tenant au bord droit d'un utérus gravide, et comme il est aisé, par le toucher, de s'assurer qu'un accouchement par les voies naturelles sera impossible, on décide une opération. On fait une longue incision sus-pubienne et on trouve un corps fibreux, du volume d'une tête de fœtus à terme, inclus dans le ligament large droit. Après avoir incisé ce ligament large, on énuclée la tumeur et on place une solide ligature en chaîne à la soie sur un pédicule peu volumineux. Suture du ligament large, pas de drainage.

Les suites de cette myomectomie ont été très simples, et, quand la malade sortit de l'hôpital, un mois après l'opération, l'utérus gravide avait repris sa position sur la ligne médiane. Elle a accouché sans accident aucun, à 7 mois et demi.

A la suite de ces faits heureux, pour lesquels l'opération a permis de sauver à la fois la vie de la mère et celle de l'enfant, il nous faut mentionner les observations dans lesquelles l'avortement fut la conséquence de l'intervention ou que, du moins, celle-ci ne put conjurer, et aussi ces cas, plus malheureux encore, dans lesquels la mère elle-même succomba, soit à la suite de son mauvais état antérieur, soit du fait de l'acte opératoire lui-même ou d'une complication, l'hémorrhagie en particulier.

98° *Obs.* (Martin, 1885). — Grossesse au sixième mois compliquée de fibromes ; myomectomie avec excision cunéiforme du fond de l'utérus ; mort le 7^e jour par *hémorrhagie* à la suite de l'avortement.

99° *Obs.* (Braun, citée par Pinard, 1886). — Grossesse de

3 mois ; myômes utérins multiples et volumineux ; laparotomie ; extirpation des tumeurs ; avortement ; guérison.

100° *Obs.* (Martin, 1886). — Grossesse au troisième mois ; grosse tumeur fibreuse pédiculée de l'utérus ; mort par *hémorrhagie*, après avortement.

101° *Obs.* (Martin, 1886). — Grossesse au quatrième mois ; volumineuse tumeur fibreuse de la paroi antérieure de l'utérus ; seconde petite tumeur de la paroi postérieure ; myomectomie ; avortement ; guérison.

102° *Obs.* (Barnes, citée par Vautrin, 1886). — Grossesse au troisième mois compliquée de myômes pédiculés. Opération ; mort.

103° *Obs.* (Homan, 1889). — Grossesse au troisième mois, extirpation d'un fibrome utérin du poids de 15 livres anglaises ; avortement 10 jours après ; guérison.

104° *Obs.* (Martin, 1889). — Primipare de 40 ans ; laparotomie au quatrième mois, pour grosse tumeur fibreuse, implantée sur le fond de l'utérus par une large surface ; il fallut entamer le tissu utérin ; énucléation de deux autres tumeurs plus petites ; avortement le lendemain ; l'opérée succomba à l'hémorrhagie le quatrième jour.

105° *Obs.* (Martin, 1889). — Femme de 36 ans ; fibromes multiples sous-péritonéaux et interstitiels ; grossesse au troisième mois ; laparotomie ; énucléation de deux tumeurs ; avortement 15 jours après ; guérison.

106° *Obs.* (Exerke, 1894). — Enucléation d'un fibrome pendant la grossesse ; avortement quatre semaines après, dû probablement à d'autres causes.

Schröder et Martin conseillent d'extirper même des fibromes interstitiels, à la condition qu'ils soient bien délimités. L'énucléation en est singulièrement facilitée par le ramollissement

que subit le tissu utérin pendant la grossesse. Ce ramollissement rend, de plus, accessibles certaines zones du segment inférieur.

Vautrin tient la myomectomie comme une opération donnant d'excellents résultats, au cours de la gestation. D'après sa statistique, la mortalité a été de 35 0/0 pendant la grossesse, c'est-à-dire à peu près la même qu'en dehors de l'état de gravidité.

L'amputation supra-vaginale de l'utérus est plus grave ; elle fournit 50 0/0 de léthalité pendant la gestation

Mais en présence de graves complications, éclatant pendant les sept premiers mois de la grossesse et par le fait d'une tumeur qui n'est pas justiciable de la myomectomie, quelle devra être la conduite du chirurgien ? Il aura alors le choix entre la provocation de l'avortement et l'amputation de l'utérus.

Lauwers conseille de ne pas pratiquer l'avortement, parce qu'il est irrationnel, tout en exposant à de graves dangers : il laisse, en effet, la tumeur, qu'il faudrait extirper, et supprime l'enfant, que l'on devrait laisser. Th. Landau rejette l'avortement et l'accouchement prématuré, à cause des dangers d'infection auxquels ils exposent. De plus, les organes comprimés ne bénéficient que d'un dégagement médiocre du fait de l'avortement ; il est vrai que l'on compte sur la régression de la tumeur fibreuse, régression qui s'effectue souvent, aussi bien après l'avortement qu'après l'accouchement. Mais on est quelquefois obligé d'avoir recours ensuite à une opération radicale. On a donc exposé deux fois la vie de la mère et sacrifié celle de l'enfant sans grand avantage.

Felsenreich a rapporté, en 1889, deux cas heureux d'avortement provoqués au 6^e et au 7^e mois et suivis d'une diminution notable des tumeurs.

107° *Obs.* (Porak, 1888). — Grossesse gémellaire ; corps fibreux multiples ; avortement provoqué au 3° mois ; *réten- tion du placenta* ; mort par intoxication mercurielle à la suite d'in-
jections intra-utérines de sublimé à $\frac{1}{2,000}$

108° *Obs.* (Croffard, 1893). — Grossesse au 6° mois com-
pliquée de fibrome utérin ; la tumeur entourait le col comme
un étau ; symptômes d'infection ; on put saisir un pied et
extraire le fœtus. L'infection continuant, on fit la laparotomie
17 jours après : on trouva la tumeur tellement adhérente qu'on
ne put l'extirper ; on se contenta d'enlever les trompes, de
morceler le fibrome qui se gangrénait et de le cautériser au
thermo-cautère. Guérison.

Beaucoup d'accoucheurs préfèrent actuellement l'hystérec-
tomie à l'avortement provoqué, pour les raisons que nous avons
énoncées plus haut.

109° *Obs.* (More Madden, 1889). — Grossesse au 4° mois ;
laparotomie pour extirper de volumineux fibromes sous-périto-
néaux pédiculés à rapide évolution ; l'utérus ayant été trouvé
envahi par la néoplasie fibreuse fut enlevé ; mort cinq jours
après.

110° *Obs.* (Th. Landau, 1891). — Grossesse compliquée de
tumeur fibreuse utérine ; *amputation sus-vaginale* facile ; gué-
rison.

111° *Obs.* (Karl Hauser, 1891). — Femme de 36 ans, primi-
pare, ventre énorme, 89 centim. de circonférence, occupé par
trois tumeurs ; on diagnostique des fibro-myômes multiples en
partie pédiculés, en partie largement implantés, et une gros-
sesse de 3 mois. Le développement rapide des tumeurs ne per-
mettait pas d'attendre le terme ; on fit l'*amputation supra-
vaginale* de l'utérus ; guérison. L'utérus était farci de fibromes.

112° *Obs.* (Chrobak, 1893, citée par Murphy). — Grossesse
au 3° mois, compliquée de fibromes ; *hystérectomie*, avec trai-
tement interne du pédicule.

113° Obs. (W. Louy, 1894). — Grossesse au troisième mois ; fibromes utérins ; *hystérectomie* ; guérison.

114° Obs. (Ch.-N. Smith, 1894). — Grossesse compliquée de fibrome utérin ; *extirpation de l'utérus* gravide ; la tumeur pesait 8 livres anglaises ; guérison.

115° Obs. (Cameron, 1895). — Primipare 36 ans, au cinquième mois ; abdomen volumineux comme à terme. Huit ans avant, elle avait remarqué, par hasard, la présence d'une tumeur dans la région iliaque gauche, du volume d'un œuf de poule, qui grossit pendant un mois ou deux, puis resta stationnaire jusqu'à cette grossesse. Œdème des membres inférieurs, dyspnée, miction facile, constipation. Le ventre a le volume d'une grossesse à terme. Palpation : tumeur à gauche, régulière, arrondie, dure, dépassant la ligne médiane ; un sillon la sépare d'une seconde tumeur à droite. Cette dernière est élastique, on distingue 2 ou 3 noyaux durs à sa surface ; on y entend le souffle utérin, mais non les battements du cœur. Toucher : le pelvis est rempli d'une masse dure, se continuant avec la tumeur utérine ; l'utérus paraît être remonté. Cœliotomie : la tumeur gauche était un myôme interstitiel, la droite, un utérus gravide. De plus, implantés sur les parois supérieure et postérieure de l'utérus, plusieurs myômes sous-séreux du volume d'une noix à celui d'une orange. A travers une incision de la paroi antérieure de l'utérus, on retira un fœtus de cinq mois, bien conformé et mort depuis peu. Placenta bien développé et aisément détaché. La tumeur présente quelques adhérences dans le bassin ; ligature élastique du pédicule ; les ovaires et les trompes sont aussi enlevées ; guérison.

116° Obs. (H.-B. Stehman, 1895). — Femme de 35 ans, primipare, grossesse entre deux et trois mois, volumineuse tumeur du fond de l'utérus, à rapide développement ; on propose à la femme le choix entre l'avortement provoqué et l'hystérectomie, en faisant ressortir les avantages de cette dernière opération. Extirpation supra-vaginale ; pédicule externe ; guérison.

Bouilly a fait avec succès, en 1890, à Cochin, une hystérectomie supra-vaginale pendant la grossesse pour corps fibreux

(Vigneron). Karl Hauser a réuni 23 observations d'amputations supra-vaginales de l'utérus gravide, se rapportant à des grossesses très jeunes et ne pouvant, par conséquent, être rapprochées de l'opération de Porro. En y joignant la sienne, ces 24 observations donnent 15 guérisons et 9 morts, soit 37,5 0/0 de léthalité. Würkert a réuni 18 observations de la même opération dans des grossesses de 2 à 8 mois ; il a trouvé 7 cas de mort, soit une mortalité de 39 0/0 ; nous avons vu plus haut que Vautrin a trouvé une léthalité beaucoup plus élevée : 50 0/0. Une question se pose ici, à savoir : que doit-on faire du pédicule dans l'amputation utérine ? Doit-on le laisser dans l'abdomen, ou le fixer à la paroi ? Hégar, Karl Hauser et Murphy se déclarent nettement en faveur du traitement externe. K. Hauser donne les résultats suivants : sur 22 cas où l'on indique quelle fut la méthode employée pour traiter le moignon, 14 fois il fut extra-péritonéal et 10 opérées guérissent, soit 28,6 0/0 de mortalité ; 8 fois il fut intra-péritonéal, 4 malades guérissent, soit 50 0/0 de mort.

L'avortement provoqué ne donne pas, avons-nous dit, d'excellents résultats. Sur 8 avortements provoqués consignés dans le travail de Lefour, il y eut deux morts. Le danger réside surtout dans l'hémorragie ; car, actuellement, avec toutes les précautions indispensables, les complications infectieuses doivent être l'exception.

La provocation de l'avortement est indiquée quand l'état général de la femme s'oppose à une intervention plus grave, au point de vue du traumatisme opératoire, par exemple chez une cardiaque, comme c'est le cas de l'observation suivante, obligeamment mis à notre disposition par M. le professeur Grynfeldt.

117^e Obs. (M. le P^r Grynfeldt, inédite). — Il y a deux ans environ, M. le D^r G..., ancien chef de clinique obstétricale

de la Faculté, me demanda mon avis sur le cas de Madame X... déjà mère de deux enfants, cardiaque assez avancée, avec utérus fibromateux aussi gros que les deux poings réunis, enceinte de 2 mois ou 2 mois $1/2$, très anémiée et surtout très tourmentée par des vomissements quasi-incoercibles. L'état grave dans lequel se trouvait Madame X..., l'incertitude de voir sa grossesse arriver à terme et surtout à bien, l'aggravation tous les jours croissante de sa cardiopathie (commencement d'asystolie), me firent proposer sans hésitation la provocation de l'avortement, seul moyen de mettre fin à cette fâcheuse situation et de permettre quelque survie à cette infortunée gestante.

Quelques heures après, avec le concours de mon chef de clinique d'alors, M. le Dr Puech, aujourd'hui agrégé de la Faculté, et de M. le Dr G..., médecin ordinaire de la malade, je fis, à la curette, l'évacuation de cet utérus fibromateux gravide. Je pensais que le curettage pouvait aussi, dans l'espèce, avoir des avantages au point de vue de la réfection de l'endomètre.

Tout se passa correctement, nul accident ne survint, grâce aux soins minutieux d'antisepsie pris pour cette intervention.

Malheureusement, l'hiver suivant, la cardiopathie aidant, Madame X... fut emportée par l'influenza.

Si l'enfant a succombé et que la femme refuse ou ne puisse supporter une intervention chirurgicale grave, on pratiquera le curettage utérin.

Pour ce qui regarde les fibromes du col, Chahbazian n'a pas trouvé dans la science de cas ayant nécessité l'avortement.

Donc, en résumé, tant que l'enfant n'est pas viable, on sera aussi sobre que possible d'interventions et l'on s'efforcera de gagner du temps.

S'il venait à se produire une rétroversion utérine, on tenterait la réduction manuelle le plus tôt possible. Pour cela faire, introduisant deux doigts d'une main dans le vagin, deux doigts de l'autre dans le rectum, on cherche à faire basculer l'utérus ; Barnes préconise les pressions latérales par le rectum ; Laroyenne (1) réduit directement avec la main introduite dans

(1) G. Levrat, *D'un mode de réduction de l'utérus gravide en rétro-*

le vagin jusqu'au promontoire, sans exercer aucune espèce de pression sur l'utérus ; on applique ensuite un pessaire.

Si l'on ne réussissait pas, il serait indiqué, pour éviter un avortement, de procéder le plus vite possible à la laparotomie, de réduire directement l'utérus, d'enlever, si possible, la tumeur, cause de la rétroversion.

Si l'on ne peut conduire la grossesse à terme, dès que l'enfant est supposé viable, on aura à sa disposition l'accouchement prématuré provoqué, l'opération de Porro et l'opération césarienne.

L'accouchement prématuré artificiel ne donne pas des résultats plus encourageants que l'avortement provoqué. Sur quatre accouchements provoqués, Lefour a noté un fait de mort de la mère. Toutefois, M. Tarnier le défend encore dans quelques cas particuliers.

118° Obs. (Driver, 1886). — Femme de 38 ans, multipare ; fibrome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus, saillant dans le cul-de-sac postérieur, du volume d'une tête d'enfant. Les cinq premiers accouchements furent normaux ; au sixième, craniotomie ; la septième grossesse fut arrêtée à trois mois et la huitième à cinq mois, par avortements provoqués ; à la neuvième, on fit l'accouchement prématuré à sept mois et demi.

L'opération de Porro a l'avantage de permettre de se rendre un compte exact du siège et de la variété de la tumeur et de borner son intervention à une simple myomectomie, qui peut alors laisser évoluer la grossesse. Que, si l'on se décide pour une extirpation de l'utérus, on met à jamais la femme à l'abri des récives possibles. C'est une des raisons pour lesquelles, l'opération de Porro est bien préférable à l'opération

version, complétée par l'application d'un pessaire approprié. — Arch. de Tocol. 1893, p. 751.

césarienne conservatrice, qui se borne à enlever l'enfant, en laissant le corps principal du délit, la tumeur, et expose par suite à de nouvelles complications. On compte alors, il est vrai, sur l'involution utérine pour produire la résorption des fibromes.

L'opération césarienne est de mise pourtant, quand la femme est encore jeune, qu'elle souhaite une seconde maternité et surtout que l'utérus n'est point trop atteint.

119° Obs. (Pollosson, 1896). — Pollosson a eu l'occasion d'intervenir dans deux cas de grossesse compliquée de tumeur fibreuse : dans le premier de ces cas, il s'agissait, non pas d'un fibrome du col ou du segment inférieur, comme on aurait pu le croire à l'examen de la malade ; mais d'un fibrome de la face postéro-supérieure de l'utérus *ayant basculé en arrière* dans l'excavation et s'étant *enclavé*. Le refoulement était impossible, à cause du volume et du poids de la tumeur ; l'obstruction pelvienne était telle que toute manœuvre d'embryotomie était irréalisable, on devait donc agir par la laparotomie. Il fallait, cela va de soi, délivrer à la fois la malade de son enfant et de sa tumeur. A la place d'une opération césarienne conservatrice, suivie d'une myomectomie, Pollosson, tenant compte de l'âge (40 ans) de la parturiente, préféra faire une *amputation de Porro*, qui lui sembla plus sûre que les deux autres opérations combinées. La malade guérit, et l'enfant vécut.

Dans la deuxième observation, il s'agissait encore d'un fibrome du fond de l'utérus ayant basculé dans l'excavation et s'y trouvant maintenu par des brides solides. La femme avait le même âge que la précédente ; même opération, même succès.

120° Obs. (P. Langner, 1886). — Primipare de 29 ans, au septième mois de sa grossesse ; laparotomie pour cause d'avortement menaçant. La tumeur remplissait tout le côté gauche du bassin ; on fit l'*opération césarienne*. Guérison.

121° Obs. (Tuffier, 1893). — Femme de 32 ans ; a eu, il y a 2 ans, une fausse couche de 2 mois $1/2$; actuellement elle est enceinte de 6 mois ; le ventre a rapidement grossi, il est dou-

loureux ; écoulement vaginal glaireux. Asymétrie de l'hypogastre, plus saillant à gauche, masse irrégulière remplissant le bassin et les deux fosses iliaques ; cette masse est bilobée : à gauche, lobe du volume d'une tête d'adulte, parsemé de bosselures ; à droite, tumeur plus dure du même volume, plus noueuse. Au toucher, tumeur dans l'excavation. A droite souffle au niveau du lobe droit, battements du cœur fœtal. *Violentes douleurs*, état général mauvais, *dyspnée*. Au septième mois, laparotomie, incision utérine, extirpation du fœtus et du placenta, inséré en avant ; injections d'ergotine, l'utérus se rétracte, exsangue ; suture ; ligature des trompes à leur insertion utérine, car on ne peut enlever les ovaires ; suture abdominale ; mort le lendemain. Autopsie partielle : le petit bassin est rempli par un fibrome développé dans le ligament large droit ; la tumeur et l'utérus pèsent 2,600 gram. ; l'utérus est farci de tumeurs fibreuses ; une petite tumeur siège à la base du ligament large gauche. L'uretère droit est dilaté et présente 1 centimètre de diamètre ; le bassin renferme une sorte de bouillie purulente ; le rein présente les altérations de la pyélonéphrite. Cette lésion rénale explique la mort après le trauma opératoire.

Pour nous résumer, nous ne pouvons mieux faire que citer les conclusions mêmes de Hofmeier : « Les myômes compliqués de grossesse ne créent généralement pas de graves dangers ; et cela mérite d'être hautement affirmé en présence de l'engouement de plus en plus vif à opérer durant la grossesse. On ne peut nier toutefois que des phénomènes très graves n'arrivent à se manifester quelquefois, mais l'éventualité en est rare. D'autre part, la plupart du temps, la grossesse terminée, les malaises s'évanouissent. Au résumé, l'indication d'une intervention pendant la grossesse est rare et, à supposer qu'une opération devienne nécessaire, on pourra différer souvent le choix de l'intervention jusqu'à la fin de la grossesse. »

CONDUITE PENDANT LE TRAVAIL. — Nous avons vu que les fibromes utérins influençaient le travail en favorisant les pré-

sentations irrégulières, en troublant les contractions utérines, en obstruant le conduit pelvi-génital.

Dès le début donc du travail, on pourra avoir à modifier une présentation du tronc, au moyen de la version céphalique par manœuvres externes ; on tâchera ensuite de ranimer les contractions utérines, si elles viennent à faiblir, par des douches vaginales chaudes ; enfin, l'accouchement sera terminé artificiellement, s'il traîne en longueur, si l'enfant ou la mère souffrent ; on appliquera le forceps ou l'on fera la version podalique suivant les indications. On pourra avoir également à dilater le col ; le ballon de Champetier de Ribes trouvera là son emploi naturellement indiqué. Si le col opposait un obstacle invincible à la dilatation, on pourrait imiter la conduite de Read.

122^e Obs. (Read, 1885). — Multipare de 38 ans, en travail depuis une semaine ; le col ne cédait pas par suite d'un volumineux fibro-myôme qui y siégeait. Read divisa alors le col en quatre, au moyen d'un bistouri boutonné. Il existait une présentation du *sommet* ; l'accouchement eut lieu spontanément, mais l'enfant était mort.

Comme on le voit, il n'y a, en cette occurrence, rien de bien spécial. L'accoucheur se tiendra seulement sur ses gardes, afin de parer immédiatement à tout danger. L'antisepsie, enfin, devra être impeccable.

Mais les choses changent de face quand, la filière pelvienne étant rétrécie, l'accoucheur n'a plus son libre accès pour arriver au fœtus et lui porter un prompt secours en cas d'urgence ; c'est alors, surtout, que l'enfant a le plus à souffrir et que l'accouchement est le plus laborieux, si tant est qu'il soit possible par les voies ordinaires.

Pourtant, « il faut attendre d'abord, dit Lefour, en faisant à la nature la part aussi large que possible, mais limitée par

l'intérêt de la mère et de l'enfant ». Et, en effet, dans bon nombre de cas, l'expectation s'est trouvée justifiée par la sortie spontanée d'un fœtus, là où l'accouchement paraissait de prime abord impossible.

Si l'on voit que le travail languisse, on aidera la nature en favorisant les phénomènes qui peuvent permettre au fœtus de s'engager d'abord dans la filière pelvi-génitale et de la parcourir ensuite.

Le mécanisme de l'accouchement spontané en cas de fibrome proëvia est le fait de deux facteurs : ramollissement de la tumeur, déplacement de cette tumeur.

Sur le ramollissement de la tumeur, on est absolument sans influence ; mais on peut, par contre, aider énergiquement au déplacement de celle-ci. Pour cela, introduisant la main dans le vagin, on cherchera à refouler la tumeur au-dessus du détroit supérieur. La position génu-pectorale rend parfois possible la réduction de la tumeur, qui avait été inutilement tentée dans le décubitus dorsal. On pourra également diminuer le volume d'une tumeur fluctuante par une ponction. L'anesthésie enfin sera parfois nécessaire.

123° Obs. (Farolw, 1886). — Grossesse à terme, accouchement gêné par une tumeur fibreuse occupant l'excavation ; anesthésie chloroformique et position génu-pectorale ; la tumeur put être refoulée et l'accouchement se fit.

Si la tumeur prend insertion sur le col ou sur la face utérine du segment inférieur, il sera parfois indiqué de l'extraire. Chahbazian n'a relevé, sur douze observations d'extirpation de fibromes du col, qu'un seul cas de mort, et plutôt par la faute du chirurgien, puisque la femme succomba à la septicémie. Munde préconise, dans tous les cas où cela est possible, l'extirpation de la tumeur par le vagin ; sur seize cas qu'il cite, deux mères moururent et presque tous les enfants naquirent vivants.

On emploiera la ligature, l'excision ou l'énucléation, suivant qu'on se trouvera en présence d'une tumeur pédiculée ou sessile.

124° *Obs.* (Guéniot, 1881). — Le 9 avril dernier, M. le docteur Lannelongue m'adressait une femme de 33 ans, d'une pâleur anémique assez prononcée et enceinte, pour la cinquième fois, d'environ 5 mois $1\frac{1}{2}$. Sa dernière époque régulière datait du 17 octobre 1880 ; le volume de l'utérus, à part une certaine exagération du liquide amniotique, concordait assez bien avec cet âge présumé de la grossesse. Celle-ci, d'ailleurs, avait été complètement méconnue pendant les premiers mois, en raison des pertes sanguines répétées qui s'étaient produites. Sous l'influence de la plus légère fatigue, une hémorrhagie plus ou moins notable se manifestait et, d'ordinaire, la seule action du repos la faisait promptement cesser. Par le toucher, il me fut facile de reconnaître la cause de ces accidents : un polype, de la longueur et du volume du petit doigt, occupait le fond du vagin et pénétrait dans la cavité du col utérin, siège de son implantation. Ce néoplasme, de forme cylindroïde, offrait sur tous ses points une consistance ferme comme celle qui caractérise les polypes fibreux. Sa présence dans le vagin déterminait une leucorrhée assez abondante.

Dans ces conditions, que convenait-il de faire ? Tenter une opération radicale, si bénigne qu'elle fût, pouvait provoquer une fausse couche. D'autre part, aucun des inconvénients pré-signalés ne justifiait l'ablation d'urgence. L'expectation me parut donc seule indiquée, et je me bornais à prescrire quelques toniques, des injections, etc.

Le 3 juin, c'est-à-dire sept semaines après mon premier examen, la grossesse ayant atteint environ 7 mois et une semaine, je trouve l'utérus très développé, renfermant beaucoup de liquide ; aucune partie fœtale n'étant engagée, le petit bassin est absolument libre ; le col utérin, très élevé, rend plus difficile l'exploration du polype. Celui-ci a sensiblement augmenté de volume, car ses dimensions sont actuellement celles du doigt indicateur. Un flot de sang accompagne cet examen, et l'hémorrhagie, qui déjà s'était manifestée plusieurs heures auparavant, se continue pendant une demi-journée encore. D'autres pertes plus légères ont eu lieu également depuis le 9 avril. Aussi l'état de la malade est-il peu satisfaisant.

Malgré cette aggravation, je crois bon de différer encore l'ablation de la tumeur, estimant que le moment le plus favorable pour l'opération sera celui de l'accouchement, si toutefois aucun accident nouveau ne la rend urgente auparavant. Mon inspiration fut heureuse, car, à partir de ce moment, les conditions s'amendèrent d'une manière assez sensible.

Enfin, le 30 juin, à 8 mois et une semaine de grossesse, je suis mandé en hâte à une heure du matin : la veille au soir, vers 10 heures, un flot abondant de liquide amniotique avait fait subitement irruption, et, depuis lors, les eaux continuaient de couler, mais sans aucune douleur d'accouchement. Du reste, pas une goutte de sang. Le polype a encore augmenté de volume ; ses dimensions actuelles dépassent certainement celles qu'il présentait au 3 juin. L'ouverture du col permet d'arriver (quoique très difficilement, en raison de l'élévation des parties) jusque vers sa racine, qui émerge de la paroi postérieure de la cavité cervicale elle-même. La tête du fœtus répond au détroit supérieur et n'est pas encore engagée.

Je me décide à enlever la tumeur. Je fis l'opération vers midi, par conséquent 14 heures après la rupture de l'œuf et 15 avant le début vrai du travail. J'eus recours, à cet effet, au procédé opératoire que j'ai décrit, en 1875, devant la Société de Chirurgie, c'est-à-dire que, voulant me faciliter l'ablation du polype et me mettre à l'abri de toute hémorrhagie, j'employais le serre-nœud comme instrument d'excision. Bien m'en prit, car la tumeur, très vasculaire et constituée, dans sa moitié supérieure, par une sorte de tissu spongieux, eût infailliblement déterminé une perte redoutable, si je l'eusse attaquée avec le bistouri ou les ciseaux. Au contraire, grâce à l'usage du constricteur, je pus sectionner le polype au niveau même de sa racine, sans provoquer la moindre perte de sang.

Ce ne fut que le lendemain, à trois heures du matin, que les premières douleurs de l'accouchement se manifestèrent. Les choses se passèrent d'ailleurs très simplement, et, après un travail de quatre heures, l'enfant naquit vivant en deuxième position du sommet. C'était une petite fille très délicate, du poids de 2.250 gr. A part une certaine lenteur dans l'involution utérine, les suites de couches furent tellement exemptes de complication, que la mère put allaiter avec succès.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait de myômes.

125° *Obs.* (Farrant Fry, 1884). — Femme de 29 ans, ayant eu 9 grossesses : la première et la quatrième se terminèrent par un accouchement prématuré, à 7 mois et demi ; la deuxième et la troisième, par avortement, à 6 semaines ; la cinquième, par un accouchement normal à terme, enfant vivant, après 24 heures de travail ; la sixième, par une application de forceps à terme, après 36 heures de travail, enfant vivant ; la septième, également par une application de forceps, après 60 heures de travail, enfant vivant ; à la huitième grossesse, on trouva une tumeur volumineuse de la lèvre antérieure du col, la version fut difficile, on eut un enfant vivant. Quelques mois après, on enleva, avec l'écraseur, une partie de la tumeur, qui était sessile. Deux ans après, nouvelle grossesse ; on trouva une tumeur du col, du volume d'une tête fœtale ; au neuvième mois, on provoqua l'accouchement, on abaissa un pied et on laissa agir la nature ; la délivrance nécessita l'énucléation du fibrome ; l'enfant était vivant. Un an après, une nouvelle grossesse terminée par avortement au sixième mois.

126° *Obs.* (Calderini, 1890). — Grossesse à terme ; myôme du col compliquant l'accouchement ; énucléation de la tumeur ; terminaison heureuse de l'accouchement.

Si la tumeur laisse un espace que l'on juge suffisant pour le passage du fœtus, ou si elle paraît devoir se laisser déprimer, on se trouvera dans les conditions d'un rétrécissement du bassin, et on agira alors en conséquence par le forceps, la version ou la symphyséotomie.

A laquelle de ces trois méthodes faudra-t-il donner la préférence ? Si l'on écoute Depaul, Charpentier, Susserott, Lefour, Chahbazian, ce sera au forceps ; Fritsch estime, au contraire, que, dans ce cas, la version est préférable, comme dilatant progressivement le col, et refoulant graduellement la tumeur. Sans être exclusifs, Tarnier, Simpson, Puech, défendent aussi la version ; ils appuient sur deux raisons la supériorité de la version : en introduisant la main dans l'utérus, on prépare inconsciemment la réduction de la tumeur ; cette réduction,

commencée par le passage de la main, continue grâce à la dilatation progressive du col ; c'est la théorie du fœtus-coin de Simpson.

Turgard objecte que, s'il est vrai que le fœtus représente un coin, il est également vrai que la tumeur représente de même un coin, dont le pédicule, c'est-à-dire le sommet, est en haut ; donc, dans la version, les deux coins seront dirigés en sens inverse, c'est dire que la résistance augmentera de plus en plus.

Turgard préfère donc le forceps, qui, originalement combiné au refoulement de la tumeur, lui a valu le beau succès suivant :

127^e Obs. (Turgard, 1888). — Femme de vingt-huit ans, ayant eu cinq grossesses normales ; au septième mois de sa sixième grossesse, douleurs. La tête se trouve dans la fosse iliaque droite, les pieds dans le flanc gauche. Le col est effacé, dilaté comme une pièce de 5 francs ; les membranes sont intactes ; un coude est engagé dans le col. Diagnostic : présentation céphalo-iliaque droite de l'épaule droite. La *version par manœuvres externes* est facilement exécutée. Le lendemain, la présentation céphalique s'est maintenue ; les douleurs ont cessé, le col s'est refermé. La cause de la présentation transverse échappait. Deux mois après, le travail se déclare. On trouve alors dans la concavité du sacrum une tumeur lisse, de la grosseur du poing, remplissant le cul-de-sac recto-utérin. La tête est mobile au détroit supérieur.

Application de forceps infructueuse ; ponction de la tumeur qui donne issue à deux cuillerées à soupe de liquide incolore. On essaie de refouler la tumeur ; mais la tête remonte avec. Appliquant alors le forceps, Turgard le fit tenir à la sage-femme, puis, introduisant deux doigts d'une main dans le vagin et deux doigts de l'autre dans le rectum, il repoussa en haut la tumeur, pendant que la sage-femme faisait des tractions sur la tête au moyen du forceps. La tête put ainsi prendre la place de la tumeur, et on eut un enfant vivant. Guérison de la mère. La tumeur disparut.

Felsenreich (1889) a dû un beau succès au forceps dans un cas de volumineux fibrome bilatéral du fond de l'utérus. Il y eut, ensuite, régression partielle de la tumeur.

Budin a fait remarquer, de son côté, que, dans les rétrécissements du bassin, la version lui a, maintes fois, permis d'amener un enfant vivant, après échec du forceps.

Les statistiques sont plutôt en faveur du forceps ; mais, ainsi que le fait judicieusement remarquer M. Puech, on est en droit de se demander si tous les cas étaient bien comparables et si justement la version n'a pas hérité des cas les plus mauvais.

Voici le résultat brutal de la statistique : les chiffres réunis de Susserott, Tarnier, Lefouret Chahbazian fournissent 57 applications de forceps, qui ont laissé 38 mères vivantes et ont permis d'extraire 25 enfants également vivants, soit une mortalité maternelle de 33 0/0 et fœtale de 56 0/0 ; du côté de la version, nous comptons, sur 29 cas, 7 mères vivantes seulement et 7 enfants vivants également, soit 75 0/0 de léthalité maternelle et infantile.

128° *Obs.* (Audebert, 1896). — Version pour des fibromes qui, très volumineux, remontaient presque jusqu'à l'ombilic et occupaient tout le segment inférieur, à tel point que, quand l'on discuta la question d'une intervention, l'amputation de Porro fut écartée, parce que, dans le pédicule on aurait été obligé de laisser une partie de la tumeur ; cependant, elle se ramollit sous l'influence du travail ; pas de présentation, le fœtus étant éloigné du détroit supérieur, par toute l'épaisseur du myôme. *Providence du cordon* au moment de la rupture de la poche des eaux, les battements en sont très faibles. Ballon de Champetier, qui permet, après dilatation, l'introduction de la main. Evolution et extraction très difficiles. Enfant mort de 3,270 gr. ; suites de couches normales ; mais, quand la malade quitta la clinique, après un mois, sa tumeur remontait au-dessus de l'ombilic et atteignait le volume d'un utérus de 5 mois et demi.

La symphyséotomie renaissante devait trouver une application naturelle dans les cas de rétrécissement de la filière pelvienne par tumeurs fibreuses. Il ne semble pas, toutefois, qu'elle ait été bien souvent mise en œuvre ; on n'en trouve, en effet, que quatre observations, et encore s'agissait-il, dans tous ces faits, sauf peut-être dans celui de M. Lepage, d'une tumeur du bassin, et non d'un fibrome utérin. Aussi, nous bornerons-nous à signaler les observations de Novi (1881), de Maygrier (1893), et de Rein (1893) ; quant à celle de M. Lepage, la voici :

129^e Obs. (G. Lepage, 1893). — Secundipare, réglée à 14 ans, mariée à 23 ans. Le premier accouchement, en 1889, a été terminé par une application de forceps, la tumeur existait à cette époque : deuxième grossesse en novembre 1891.

Quand M. Lepage la vit, le 13 juillet 1892, il constata que le fond de l'utérus était assez élevé ; mais, ce qui le frappa surtout, ce fut la situation de la tête que le palper ne pouvait faire descendre au niveau de l'aire du détroit supérieur. Le dos était à droite, autoucher le col était très élevé, ramolli, dévié à gauche et on trouvait, plaquée contre la paroi postérieure de l'excavation, une tumeur arrondie, ferme, plus développée à droite qu'à gauche, qui empêchait l'engagement.

Le 15 juillet, le travail se déclara ; il marcha rapidement. La tête fœtale descendit, s'amorça, fortement fléchie en droite transversale, mais n'alla pas plus loin. Application régulière du forceps, sans autre résultat que d'engager davantage la tumeur, suivie d'une réapplication tout aussi infructueuse. MM. Pinard et Potocki consultés conseillèrent la symphyséotomie, qui permit à une troisième application de forceps d'extraire un enfant vivant. Délivrance par extraction simple ; guérison. On n'a pas été fixé exactement sur le lieu d'implantation de la tumeur. S'agissait-il d'un fibrome de la paroi postérieure du segment inférieur (Potocki) ou était-elle distincte de l'utérus (Lepage) ? On ne put le savoir.

Pour M. Lepage, « la symphyséotomie ne devrait pas être réservée aux femmes ayant des viciations osseuses du bassin ;

elle peut être indiquée dans certains cas où une tumeur utérine ou juxta-utérine vient s'engager au-dessous de la partie fœtale et obstrue en partie l'excavation pelvienne, sans pouvoir être refoulée en haut; elle peut de même être utilisée, lorsque la tumeur fait partie intégrante des parois de l'excavation.» A cela, M. Puech fait remarquer que, « dans les cas de tumeurs pelviennes, on ne peut qu'approximativement juger le degré de la diminution de capacité du bassin, et, dès lors, la symphyséotomie devient une opération tout à fait aléatoire, risquant fort de ne donner que des résultats insuffisants : témoin l'observation rapportée par M. Maygrier.» Nous ne pouvons que souscrire à ces raisons et, à pratiquer une intervention sanglante, mieux vaut se résoudre à faire une opération radicale, comme celle de Porro ou encore l'opération césarienne avec extirpation de la tumeur.

Dans les cas de présentations du siège, et elles sont fréquentes, on terminera l'accouchement, s'il se prolonge, par *l'extraction manuelle*, quand elle est possible, ou par l'application d'un *crochet mousse*.

130° Obs. (W. Day, 1885). — Tumeur du col empêchant l'accouchement; *présentation du siège*; après avoir séparé les connexions de la tumeur sur une grande étendue et l'avoir mobilisée, on fit l'*accouchement par les pieds* et on énucléa la tumeur; l'enfant et la mère vécurent.

131° Obs. (Madge, 1882). — Primipare de 27 ans; premières douleurs à terme; une tumeur arrondie, du volume d'une tête d'enfant, repousse en avant la paroi postérieure du vagin et descend fort bas dans l'excavation, qu'elle remplit presque; on ne peut la refouler; une ponction de la tumeur donne issue à un peu de liquide, on réussit enfin à la repousser en haut, pendant le sommeil chloroformique; *présentation du siège*; l'enfant, extrait par le moyen d'un *crochet mousse*, ne tarda pas à mourir; la mère succomba le troisième jour.

Si l'enfant a succombé, on aura recours aux opérations mutilatrices (basiotripsie, embryotomie), pour terminer l'accouchement.

Si, toutefois, on présume que le fœtus a subi déjà un commencement de macération, on devra tenter la version.

132° Obs. (Hueter, 1892). — Fœtus macéré extrait par la version dans le cas de fibrome utérin. La tumeur était si ramollie qu'on put l'enlever à morceaux avant la délivrance. Guérison sans réaction fébrile.

133° Obs. (A. Ribemont-Dessaignes, 1883). — Primipare de 36 ans, à peu près à terme. Les premières douleurs apparaissent le 4 octobre; la rupture des membranes s'était effectuée prématurément 8 jours avant; il y avait du liquide en abondance.

Cette femme entre à la clinique, le 7 octobre, à 9 heures du matin.

La veille, M. le Dr Maygrier avait été appelé par la sage-femme, qui pensait avoir affaire à un fœtus bicéphale! On sent, par le toucher, une tumeur volumineuse qui occupe presque toute l'excavation, et au niveau du détroit supérieur, une tête fœtale.

La tumeur, de consistance dure, semble s'être développée aux dépens du segment inférieur de l'utérus. Le col est sain, assez élevé, déjeté un peu à droite, effacé complètement, dilaté comme une pièce de 1 franc, bien que le travail dure depuis quatre jours. La malade n'a jamais eu d'hémorrhagie. Le jour de son entrée, la tumeur semble avoir une tendance très nette à se déplacer. M. Maygrier trouve qu'elle s'est élevée très notablement; elle occupe, maintenant, la région postéro-latérale gauche de l'excavation, et elle est accessible par l'abdomen. La dilatation est égale à une pièce de 2 francs. La tête de l'enfant est très élevée; il perd du méconium; cependant, les battements du cœur sont réguliers. La malade a un peu de fièvre, la langue est sèche, les dents sont fuligineuses.

M. Charpentier, après avoir confirmé le diagnostic de tumeur fibreuse, et tenant compte de l'état de la parturiente, charge M. Ribemont de pratiquer, vers midi, la *craniotomie*, au cas où la dilatation n'aurait pas fait de progrès.

L'opération est pratiquée à midi : l'enfant était encore vivant, mais la dilatation n'avait pas avancé. Injection intra-utérine, injections vaginales. A quatre heures du soir, douche vaginale, qui réveille les contractions. Vers six heures et demie du matin, la tête est expulsée spontanément ; elle est complètement vide et aplatie. A l'aide de quelques tractions, l'accouchement est terminé.

Délivrance naturelle au bout d'un quart d'heure. Le toucher permet alors de constater que la tumeur s'est développée sur le segment inférieur du corps de l'utérus, et qu'elle occupe toute la partie postérieure et latérale gauche de l'excavation. Guérison.

Le 24, la tumeur est un peu plus dure, un peu moins volumineuse. Le 29, la malade sort.

134° Obs. (Bompiani, 1884). — Primipare ; myôme de la paroi postérieure du segment inférieur ; présentation du *sommet* ; travail à terme ; *craniotomie* laborieuse ; guérison.

135° Obs. (Kufferath, 1893). — Femme de 47 ans, ayant perdu les eaux depuis 3 jours et présentant un écoulement vaginal jaune verdâtre, qui semble être du méconium. Une tumeur volumineuse, bosselée, paraissant enclavée dans le cul-de-sac de Douglas, avait été prise pour l'utérus en rétroversion. Le col était en avant et en haut, au-dessus du pubis. On ne sentait aucune partie fœtale. Pas de battements fœtaux. La discussion du diagnostic fit admettre, comme probable, l'existence d'une tumeur fibreuse, située dans le cul-de-sac de Douglas, dépendant ou non de l'utérus.

La tumeur fut réduite sous le chloroforme ; la tête s'engagea : on fit la dilatation manuelle du col, et comme l'enfant était mort, après un essai infructueux de forceps, on pratiqua la *basiotripsie* ; guérison. Il s'agissait d'une tumeur fibreuse pédiculée de la paroi postérieure de l'utérus.

Ce n'est point seulement dans les présentations céphaliques que l'on peut appliquer le basiotribe ; M. Ribemont-Dessaignes l'a employé avec succès dans le cas suivant, où il s'agissait d'une présentation du siège.

136° Obs. (A. Ribemont-Dessaignes, 1890). --- Primipare de 36 ans ; grossesse heureuse arrivée à terme ; rupture spontanée de la poche des eaux ; deux jours après, procidence du cordon ; pas de dilatation ; trois médecins diagnostiquent un sommet. Malgré le tamponnement, l'introduction d'une sonde molle dans l'utérus, des douches chaudes, le travail ne se déclare pas. M. Varnier, appelé, diagnostique un fibrome du segment inférieur ; le col est très difficilement accessible, la dilatation est grande comme une pièce de deux francs ; siège probable. Il applique un ballon de Champetier ; la dilatation se fait ; présentation du *siège*, mode des fesses en G. T., très inclinée en avant ; fœtus volumineux ; on ne peut abaisser un pied. M. Ribemont-Dessaignes, appelé, applique le basiotribe, une branche sur le sacrum, l'autre sur l'abdomen, et extrait un fœtus putréfié mais résistant. La femme meurt trois semaines après de septicémie.

Voici les chiffres de Lefour, relatifs aux opérations mutilatrices : 11 craniotomies donnèrent 6 morts ; 5 céphalotripsies, 2 morts ; 2 embryotomies, 1 mort. Sur 6 cas d'embryotomie, Chahbazian compte 4 morts.

L'accouchement n'a pu être terminé par les voies naturelles, il faudra recourir à la section de l'abdomen et faire, soit une opération césarienne, soit une opération de Porro.

L'opération césarienne présente plus de gravité, tout en offrant moins d'avantages. La seule compensation qu'on y trouve est qu'elle donne à la femme, qui le souhaite, la possibilité d'avoir de nouvelles grossesses. Si les tumeurs sont pédiculées, on pourra donc les enlever, en conservant l'utérus et les annexes, sinon on devra se résoudre à laisser la tumeur.

L'opération césarienne expose à l'hémorrhagie et à l'infection, car, pressé bien souvent par l'écoulement sanguin, le chirurgien est sujet à négliger un peu l'antisepsie. Les complications infectieuses sont surtout à redouter quand le fœtus a succombé depuis un certain temps. Dans cette éventualité, il vaut mieux pratiquer l'extirpation de l'utérus, sans l'ouvrir, de crainte d'infecter la cavité péritonéale.

Réunissant les cas d'opérations césariennes fournis par Cazin, Lefour, Sânger et Pestalozza, nous arrivons à un total de 116 opérations, ayant donné 94 décès, soit une mortalité de 81 0/0.

Voici quelques observations d'opérations césariennes, dont une inédite de M. le professeur Grynfeldt.

137° Obs. (Huguier, citée par Gallard, 1887). — Fibrome intra-ligamentaire, dont le diagnostic avait été posé avant que la femme devint enceinte. Huguier, se basant sur l'impossibilité de faire passer le fœtus à travers la filière pelvienne, proposa l'avortement vers le cinquième mois. Une consultation médicale eut lieu ; les médecins jugèrent préférable d'attendre le ramollissement de la tumeur au moment de l'accouchement. Leur espoir fut déçu, et une *opération césarienne*, pratiquée pendant le travail, ne put sauver la mère ni l'enfant.

138° Obs. (V.-N. Orloff 1893). — L'existence d'une tumeur pelvienne fut constatée à la suite du quatrième accouchement. Au cours de la cinquième grossesse, vers le septième mois, la malade entra dans le service du P^r Lebédoff. On diagnostiqua un fibro-myôme du col, partant de la face postérieure et *enclavé* dans le petit bassin par son segment inférieur. L'utérus gravide était repoussé en haut et en avant. Il était évident que l'accouchement naturel était impossible, même prématuré. En l'absence d'accidents, on attendit le terme de la grossesse et on fit, au cours du travail, l'*opération césarienne*. Le diagnostic fut confirmé, mais il fut impossible d'énucléer la tumeur ; on se contenta de la *castration bilatérale*. La malade guérit rapidement ; quelques mois après, elle eut une métrorrhagie durant 15 jours, mais sans suite. L'enfant, amené avec un léger degré d'asphyxie, est en bonne santé.

139° Obs. (Gibb, 1890). — Primipare de 35 ans ; au bout de 48 heures de travail, les douleurs cessent ; on trouve une tumeur empêchant de sentir le col. *Opération césarienne* ; l'enfant se présentait par le *sommet*, il est ranimé ; extirpation d'une tumeur fibreuse pédiculée de la paroi postérieure du corps. Mort.

140^e Obs. (Inédite, due à la bienveillance de M. le professeur Grynfeldt). — En 1891, Mme L..., sage-femme fort instruite, me conduit Mme R..., âgée d'une trentaine d'années, mariée depuis peu, pour avoir mon avis sur l'existence possible d'une grossesse chez sa cliente, atteinte de fibrome utérin. Cette grossesse, qu'elle affirme, n'est pas admise par mes deux excellents confrères, les docteurs A... et M..., et cela parce que Mme R..., bien qu'ayant présenté bon nombre de symptômes réflexes, pouvant être rapportés au gravidisme, a eu quelques pertes sanguines, faisant croire à la persistance des règles.

J'examine très attentivement Mme R..., et je trouve une grosse tumeur abdominale, du volume d'un utérus gravide de 6 mois environ, assez régulière, sans bosselures appréciables, un peu bilobée pourtant, de consistance ferme comme le tissu utérin, moins dure, plus élastique cependant dans le lobe antérieur gauche. Le lobe droit, moins volumineux, est plus dur; il occupe tout le détroit supérieur et plonge dans l'excavation pelvienne. Le toucher vaginal confirme ce fait, que met bien en évidence l'exploration bimanuelle. Le haut de l'excavation est effectivement occupé par une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, de consistance fibreuse, dont la continuité avec le lobe droit de la tumeur abdominale ne peut être douteuse, puisque le refoulement de la tumeur pelvienne est nettement perçu par la main gauche appliquée sur l'abdomen. Tout d'abord je ne trouve pas le col utérin; mon doigt n'a la sensation que de la tumeur pelvienne. Cependant, après quelques recherches, je finis par découvrir le museau de tanche très haut, en avant et à gauche, vers l'épine du pubis correspondante. Le doigt passe avec beaucoup de peine entre la tumeur et la symphyse pubienne, vers le côté gauche de laquelle a été refoulé le col. Ce dernier a toute sa longueur, mais il est sensiblement ramolli; l'orifice externe est fermé.

Je reviens à l'exploration par le palper abdominal, pas de mouvements perceptibles. J'applique le stéthoscope, et nul doute possible, il y a un fœtus vivant dans le lobe gauche de la tumeur. Ses bruits cardiaques sont très nets et bien différenciés des battements artériels de la mère.

Le diagnostic est certain : grossesse de 5 ou 6 mois dans un utérus fibromateux; le fibrome occupant le segment inférieur de l'organe et s'étant primitivement développé en arrière et à

droite. Le développement qu'a subi le corps utérin autorise cette conclusion.

Je conseille d'attendre la fin de la grossesse et le début du travail, comptant sur le ramollissement de la tumeur pour permettre un accouchement, sinon facile, du moins possible, par les voies naturelles, à l'aide de quelque intervention de minime importance (refoulement de la tumeur au-dessus du détroit supérieur, version, forceps...).

Vain espoir. Quand je fus mandé à Narbonne, au terme de la grossesse, la situation était la même, relativement au segment inférieur de l'utérus : col toujours inaccessible, obstruction du détroit inférieur par le fibrome, dont la consistance n'a pas sensiblement changé.

Opération césarienne sans grandes difficultés. Enfant mort, en présentation du *siège*. Mort de la mère 12 heures après, par shock, malgré tous les soins dont elle fut l'objet. Elle avait perdu assez de sang.

L'opération de Porro est plus rationnelle, en même temps que bien moins dangereuse. A tous les avantages de l'opération césarienne au point de vue du fœtus, s'il est vivant encore, elle joint celui d'être une opération radicale vis-à-vis des fibromes, dont on n'est jamais sûr de ne pas laisser passer quelque'un d'inaperçu.

Réunissant les observations de Lefour, de Pestalozza et de Freund, nous trouvons 21 cas d'opérations de Porro, donnant 9 guérisons et 12 morts, soit une mortalité de 57 0/0.

Voici maintenant une observation d'opération de Porro, faite par M. Fochier, de Lyon.

141^e Obs. (Denarié, 1883). --- Le 23 novembre 1882, la nommée M. R... entre à la Maternité de Lyon ; elle est âgée de 42 ans ; 13 accouchements antérieurs et 2 fausses couches ; bonne santé habituelle. Le dernier accouchement a été plus laborieux que les autres, après une grossesse pénible. Il a été suivi d'une forte perte interne et de douleurs très vives. Pendant les deux ans qui séparèrent cet accouchement de la grossesse actuelle, rien de particulier, sauf une plus grande abondance dans le flux périodique.

La grossesse actuelle remonte au mois de février dernier. Elle a été très pénible dès le début ; vives et fréquentes douleurs dans les reins et le bas-ventre.

Le 20 novembre, premières douleurs du travail. La sage-femme déclare qu'il y a 2 jumeaux se présentant par le sommet. Le 22, la poche des eaux se rompt ; le liquide amniotique était extrêmement abondant. Un médecin constate l'existence d'une tumeur qu'il ne peut repousser en haut, pas plus qu'un confrère, appelé en consultation. La parturiente est amenée à Lyon le 23 novembre.

Le ventre est volumineux, mais sans être extrêmement développé. En avant et un peu à droite, on sent une tumeur fœtale, la tête est en bas et vient buter au-dessus et en arrière du bord supérieur du pubis. Dans la fosse iliaque gauche, on sent une tumeur dure qui paraît indépendante du fœtus. L'examen est très difficile à cause des douleurs. Ni mouvements ni bruits du cœur du fœtus. Au toucher, on sent une tumeur dure, arrondie, lisse, de la grosseur d'une tête de fœtus, remplissant presque l'excavation. Elle est située un peu à gauche et en arrière ; en avant et à droite, on sent l'orifice du col utérin dilaté transversalement, dont la lèvre postérieure se confond avec la tumeur.

M. Fochier pratique l'opération césarienne. Peu d'hémorragie au moment de l'incision de l'utérus ; le placenta étant inséré sur la face postérieure. Le fœtus a subi un commencement de macération ; les eaux, peu abondantes et bourbeuses, exhalent une odeur nauséabonde.

Après avoir constaté la présence d'une tumeur fibreuse au niveau du col, M. Fochier fait l'*opération de Porro*, avec pédicule externe ; guérison. Au moment où la malade sort, sa tumeur a notablement diminué.

M. Guermontprez a, dans un cas analogue, préféré faire l'*hystérectomie abdominale totale*.

142° Obs. (Guermontprez, 1895). — Primipare de 37 ans, enceinte de 6 mois. On s'aperçoit alors qu'elle ne pourra accoucher normalement à cause d'une volumineuse tumeur utérine, irréductible, située dans le cul-de-sac de Douglas. Jamais de douleurs, d'hémorrhagie, ni de dysménorrhée. On envisage la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Bruits du

cœur fœtal superficiels. Ventre sensible à la palpation. A terme, les douleurs de la parturition apparaissent, mais la dilatation ne se fait pas. La tumeur est irréductible, plus dure qu'auparavant, mais d'une consistance pâteuse, toutefois, qui éloigne toute idée de fibrome. Les membranes sont rompues. L'enfant est vivant, mais rend du méconium. Le travail dure depuis deux jours. M. Guérmonprez, appelé, fait immédiatement la laparotomie. Un peu d'ascite. Section de l'utérus, l'enfant présente sa région dorso-lombaire; le *siège* répond au détroit supérieur. On l'extraît facilement et vivant. L'utérus revient sur lui-même. Hémorrhagie; on extirpe le placenta, on bourre l'utérus et on fait de la compression. Les bords de l'utérus contiennent une quinzaine de fibromes sous-péritonéaux, dont quelques-uns sont très adhérents au petit bassin; on pratique l'hystérectomie abdominale totale.

L'opérée allaite son enfant. Elle n'a pas eu d'accident. Guérison.

La délivrance ne comporte pas d'indications spéciales; on se tiendra prêt à parer aux diverses complications qui peuvent se présenter.

CONDUITE PENDANT LE POST-PARTUM. — L'antisepsie sera scrupuleuse, surtout si l'accouchement a nécessité une intervention quelconque; ce sont, en effet, les complications septiques qui sont les plus fréquentes: il faut éviter à tout prix que des germes pathogènes puissent pénétrer dans l'organisme par les nombreux vaisseaux lymphatiques et sanguins qui ont été ouverts pendant l'accouchement; car, comme l'a dit Doléris, le ramollissement seul du fibrome est incapable de produire l'infection sans la présence de germes morbides; il se gangrène aseptiquement.

Une autre complication redoutable, c'est l'hémorrhagie secondaire, qui survient quelquefois après plusieurs jours. Si les moyens ordinaires sont insuffisants à la tarir et si elle devient dangereuse pour la vie de la femme, il faudra extirper la tumeur fibreuse qui l'entretient.

Si les fibromes ne diminuent point après l'accouchement, on pourra essayer de favoriser leur régression par des courants électriques; s'ils demeurent insuffisants, il y aura indication à opérer. S'agit-il d'un fibro-myôme du col ou faisant saillie dans la cavité utérine, il pourra s'éliminer spontanément; on aidera à sa chute, dès qu'il sera suffisamment ramolli; on se servira pour cela de pinces, de curettes, etc. Mais, si la tumeur ne se ramollit pas, ou bien si l'on a affaire à un corps fibreux du corps de l'utérus, il faudra avoir recours à une véritable opération pour l'extirper. Nous n'avons pas à entrer ici dans le détail des divers procédés opératoires de la myomectomie. Enfin on sera parfois obligé de recourir à l'hystérectomie.

Sur 17 cas de fibrome du col enlevés après l'accouchement, Chahbazian a trouvé 4 morts et 13 guérisons.

Les fibromes du col pourront être opérés de très bonne heure; quant aux fibromes du corps de l'utérus, si l'opération est indiquée, il ne faudra pas tarder trop longtemps de procéder à leur extirpation, afin de ne pas donner aux adhérences le temps de se former et pour soustraire le plus vite possible la femme à l'éventualité d'une infection toujours à redouter.

SECONDE PARTIE

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS.

Nous venons de passer en revue les modifications diverses qu'impriment à la grossesse les corps fibreux de l'utérus ; il nous reste maintenant à étudier l'influence que la grossesse exerce à son tour sur les fibro-myômes de la matrice ; car, si les fibromes sont susceptibles de modifier profondément les conditions dans lesquelles s'effectue une grossesse intercurrente, ce n'est pas sans subir souvent, de leur côté, des altérations plus ou moins profondes.

Les modifications apportées par la grossesse aux tumeurs fibreuses de l'utérus peuvent être relatives à leur situation ou à leur structure intime.

Nous n'insisterons pas sur les modifications des rapports topographiques des fibromes mobiles, sous l'influence de la grossesse et de l'accouchement. Nous avons étudié les divers modes de déplacement que subissent ces tumeurs par le fait de l'accroissement de volume de l'utérus ; les fibromes sous-péritonéaux à siège élevé sont repoussés dans la cavité abdominale, ceux qui s'insèrent sur le segment inférieur sont souvent refoulés dans l'excavation ; les fibromes du col sont repoussés dans le vagin. Nous avons vu également par quel mécanisme les fibromes, primitivement enclavés, pouvaient être libérés

spontanément par le seul fait de l'augmentation de volume de l'utérus, pendant la grossesse, ou bien à la suite de ses contractions, au moment du travail ; s'ils ne parviennent point à remonter au-dessus du détroit supérieur, ils sont refoulés par la présentation ; de même pour les fibromes de la cavité utérine. Les fibromes du col sont chassés au-devant de la présentation. Le refoulement ne se fait qu'à la condition que le fibrome ait une certaine mobilité ; sinon, ou bien il résiste victorieusement à la contraction de l'utérus et empêche l'accouchement, ou bien celle-ci est la plus forte et, pendant l'accouchement laborieux qui en résulte, les tumeurs qui se trouvent sur le passage du fœtus ont beaucoup à souffrir ; elles subissent, de ce fait, des compromissions énormes et parfois prolongées ; elles sont laminées, quelquefois même plus ou moins déchirées, surtout si l'accouchement a été terminé artificiellement par le forceps ou la version.

Ainsi, contus et meurtris, ces fibromes sont voués presque fatalement à la gangrène, et celle-ci est encore favorisée par les modifications qui se produisent dans la structure intime des tumeurs fibreuses après l'accouchement.

Il paraît exister, en effet, une sorte d'affinité entre les tumeurs du type fibreux et l'état de gestation ; car cet état physiologique influence même des tumeurs fibreuses, qui n'ont pas leur siège sur l'utérus. C'est ainsi que Terrillon (1), Labbé et Rémoy (2) ont observé l'accroissement, pendant la grossesse, des fibromes de la paroi abdominale ; de même, Monteils (3) a vu un cas de développement rapide, à la suite d'un accouchement, d'un fibro-sarcome sous-péritonéal de la paroi abdominale, inséré près de l'ombilic.

(1) Terrillon. — *Archiv. gén. de méd.*, 1888.

(2) Labbé et Rémoy. — *Traité des fib. de la paroi abdominale*, 1888.

(3) Monteils. — *Bull. Soc. chir.*, 23 fév. 1887.

Mais c'est surtout quand il s'agit de tumeurs fibreuses de l'utérus que se fait sentir l'influence de la grossesse. Nombreux sont les cas de fibromes qui, au moment de la grossesse, ont pris un développement considérable.

Voici, d'après Doléris (1), comment se produirait cette augmentation de volume :

La disposition lobulée des fibromes est une notion incontestable. Les vaisseaux sont au centre ; c'est autour d'eux que se fait l'hyperplasie des éléments, d'une manière excentrique et assez régulièrement circulaire. Les éléments qui avoisinent directement le vaisseau central, ceux aux dépens desquels se fait l'extension du nodule, sont des éléments connectifs : faisceaux adultes dans les tumeurs à développement lent ou stationnaire ; cellules fusiformes, noyaux arrondis dans celles qui prolifèrent activement. Il résulte de ceci que les fibres lisses, qui, primitivement, constituaient la masse principale du stroma, sont successivement dissociées, éloignées par la formation de nouveaux nodules. De là, leur rareté relative, lorsqu'elles ne sont pas elles-mêmes le siège d'une prolifération active ; ce qui paraît arriver dans certaines circonstances.

Sur des sections pratiquées en des points différents de fibromes provenant de femmes enceintes, on voit :

1^o Une apparence lacunaire générale qui occupe presque tous les points de la coupe. Ces mailles résultent d'un feutrage peu épais du tissu. Cette apparence contraste avec celle de la coupe du fibrome hors l'état de gestation, qui offre une surface unie, lisse et continue.

2^o De plus, on constate que l'aspect lobulé est beaucoup plus accentué, ce dont il est facile de juger par l'existence de cloisons épaisses, celluleuses, lâches, et par la facilité que l'on a à séparer les petits lobules.

(1) A. Doléris. — *Arch. de toxicologie*, 1883, p. 75 et suiv.

L'examen microscopique montre que ces cloisons sont constituées par des faisceaux de tissu conjonctif adulte, au milieu desquels les cellules sont abondantes. Ces cloisons logent les vaisseaux qui cheminent dans leur trame. Elles diminuent d'épaisseur de la périphérie au centre. Il s'est donc développé une notable quantité de tissu cellulaire là où, en dehors de la gestation, les travées sont minces, au point que les modules fibreux semblent en cohésion parfaite.

Dans ces mêmes travées, on retrouve des éléments musculaires fort nets. Le noyau paraît souvent comme fragmenté ou granuleux. Cela tient précisément à cette fragmentation granuleuse du protoplasme des cellules musculaires, qui caractérise le tissu de l'utérus pendant la gestation et qui, comme on le voit, atteint également les néoplasmes de cet organe.

La prédominance des éléments connectifs s'accroît au fur et à mesure que les cloisons gagnent le centre de la tumeur, tandis que l'on trouve incontestablement beaucoup de fibres lisses à la périphérie. Ceci montre bien que le développement du néoplasme est surtout central, puisque les éléments les plus anciens ont été rejetés excentriquement par la formation des nouveaux nodules fibreux qui pullulent, en quelque sorte, et prennent successivement droit de domicile dans les interstices de la trame fibro-musculaire primitive.

La coupe de ces nodules montre une disposition telle qu'autour des vaisseaux on n'aperçoit, dans les différents points, que des éléments conjonctifs suivant des sections transversales, longitudinales ou obliques. La disposition transversale est, pour ainsi dire, constante dans le voisinage immédiat des vaisseaux. On la reconnaît à l'aspect étoilé, caractéristique des faisceaux coupés en travers, et montrant les cellules avec leurs prolongements apparents.

Ici se place une remarque importante. Les figures polygonales, représentant les faisceaux sectionnés, sont beaucoup

plus spacieuses que dans le tissu fibreux ordinaire. L'acide acétique leur donne un aspect granuleux. Les cellules appliquées aux faisceaux et qui donnent à la coupe l'aspect étoilé, sont volumineuses, gonflées, beaucoup plus espacées; elles contiennent souvent plusieurs noyaux, que le carmin colore vivement. Les noyaux apparaissent mieux encore sous l'influence de l'hématoxyline.

Le réticulum conjonctif doit ces modifications à une infiltration plus ou moins accentuée de substance muqueuse, qui rappelle l'aspect du myxome. Cet aspect devient, d'ailleurs, d'autant plus évident, qu'on examine des points de la tumeur qui paraissent plus ramollis et où le râclage montre l'existence d'un liquide filant, d'apparence colloïde. Dans quelques cas, les cellules elles-mêmes s'emplissent de substance muqueuse aussi bien que les faisceaux. La transformation muqueuse est parfois tellement accentuée, que l'assimilation avec le myxome vrai a pu être établie avec raison.

Quant à l'infiltration colloïde des faisceaux conjonctifs, qui correspond à leur élargissement au pourtour immédiat des vaisseaux centraux, c'est un phénomène que M. Doléris a rencontré dans la majorité des cas. Il insiste sur ce fait, qui rend très bien compte de l'augmentation rapide de volume et du ramollissement des myômes pendant la gestation. Il ajoute que c'est surtout sur les fibromes du col et sur ceux qui présentent une certaine pédiculisation que l'infiltration colloïde prédomine, tandis qu'on la retrouve moins nette dans les tumeurs interstitielles. Au-delà de cette zone, on trouve des faisceaux de fibres lisses coupées dans divers sens et des amas d'éléments cellulaires de nature conjonctive. Ces derniers sont constitués par des cellules conjonctives rondes ou plus souvent fusiformes, avec peu ou point d'apparence de fibrillation, ce qui donne à ces endroits de la tumeur un aspect sarcomateux. Il est naturel de conclure, par l'abondance de ces éléments

jeunes, qu'en ces points, la prolifération conjonctive se fait d'une manière active. On observe encore des amas nettement fasciculés, plus abondants que les précédents, qui, examinés dans le sens de leur longueur, laissent voir des noyaux arrondis, volumineux, caractéristiques du tissu connectif; un plus fort grossissement permet de reconnaître que des fibrilles ténues y sont mélangées à de nombreuses cellules fusiformes de longueur variable. On voit, en outre, que ces mêmes faisceaux, vus sur leur coupe transversale, ne présentent point le noyau central étroit qui est propre à la section de la fibre lisse, sur sa partie moyenne.

Les faisceaux musculaires sont beaucoup plus rares que les précédents. On peut juger de leur nature vraie par l'existence de la coupe centrale des noyaux, sur la section en travers.

Au point de vue physiologique, deux mots traduisent brièvement ces modifications : prolifération conjonctive, tendance à la transformation colloïde.

Rien de ce qui précède n'est en faveur de l'idée que les fibromes s'accroissent par l'hyperplasie des éléments musculaires, comme le dit Lefour, au moins dans la rapide augmentation de volume qu'ils subissent durant la gestation.

On trouve une plus grande abondance de vaisseaux avec prédominance des veines.

Durant la gestation, les lymphatiques des fibromes acquièrent un développement très remarquable. Ils subissent généralement un fort degré de dilatation. Cette ectasie semble, dans certains points, être simplement le fait d'un excès de tension dans l'appareil lymphatique. Mais, le plus souvent, les lacunes les plus volumineuses sont plongées au sein d'un stroma jeune, formé d'éléments embryonnaires et pourvus de nombreux capillaires. C'est en ces points que les hémorrhagies sont le plus fréquemment observées et c'est aussi dans de semblables conditions que les cavités lymphatiques prennent des dimensions

telles qu'elles deviennent, en réalité, de véritables kystes ou géodes.

La dégénérescence myxomateuse, qui occupe certaines régions à un degré très accentué, favorise encore cette transformation kystique. Ici, comme dans la circonstance précédente, la mollesse et le peu de résistance du substratum laissent les canaux séreux se dilater librement.

C'est donc un processus dystrophique qui semble prédominer dans la marche des tumeurs fibreuses. Sous l'influence de la grossesse, il se produit une tension excessive dans les veines et les capillaires, une ectasie des lymphatiques, avec infiltration colloïde des cellules et du tissu du fibrome. Les veines, logées dans les cloisons et les travées internodulaires principalement, se dilatent sans se rompre; leurs parois s'amincissent. Les capillaires cèdent dans les points où le tissu est le plus faible et donnent lieu à des hémorragies. Les lymphatiques, dilatés à divers degrés, laissent filtrer, à travers leurs parois, le liquide qui les distend. Il ne faut point méconnaître que la prolifération active, qui se fait sur certains points plus favorisés, apporte son concours à l'accroissement de la tumeur; mais c'est là une condition accessoire.

C'est dans des conditions semblables que s'effectue progressivement la pédiculisation et parfois l'énucléation spontanée des fibromes.

Voilà ce qui se passe dans les tumeurs pédiculées.

Quand la tumeur est sessile ou interstitielle, Doléris, que nous citons toujours, pense que l'hyperplasie active prédomine sur les phénomènes de stase ou de dystrophie, et que, au même titre que la menstruation, les excitations, les phlegmasies utérines, la grossesse impriment un mouvement anormal et très actif au néoplasme. Dès lors, on comprend que le ramollissement soit beaucoup moins prononcé et quelquefois nul, lors-

que le fibrome occupe la trame de l'utérus. Les difficultés de l'accouchement s'accroissent d'autant.

Que deviennent les fibromes après la gestation ? quelle transformation subit leur tissu ? D'après ce que nous savons de leur structure, il est facile de conclure que les phénomènes d'absorption, qui sont si intenses après l'accouchement, favorisent une résorption rapide des liquides infiltrés et d'une partie des éléments, tandis que l'autre partie, sous l'influence d'une circulation plus régulière, passe à l'état adulte et forme du tissu fibreux fasciculé. Les fibres-cellules néo-formées persistent également dans les points où elles ont pris naissance. De là, la diminution notable du volume de la tumeur, qui, d'ordinaire, ne commence à être nettement appréciable que trois semaines à un mois après la délivrance. Cette particularité concorde avec l'idée précédente, car c'est à partir de ce moment que la rétraction, qui est le fait de la transformation adulte des éléments, peut agir efficacement pour aider à la diminution de la tumeur (A. Doléris).

Cornil a procédé à l'examen histologique d'un myôme développé au cours d'une grossesse. Il a trouvé des foyers de ramollissement des faisceaux musculaires, avec des fibres hypertrophiées, granulo-graisseuses, dissociées par des leucocytes et des corps granuleux, chargés des produits de leur désintégration. Ces différents éléments ont été trouvés, soit dans le tissu cellulaire, soit dans le liquide contenu dans les géodes formées au sein de la tumeur. Sur des coupes, on voyait, au niveau des îlots mortifiés, des fibres musculaires, petites, sans noyau colorable, et des vaisseaux privés de sang. Le myôme non altéré offrait des fibres musculaires hypertrophiées et des vaisseaux pleins de sang.

« Je pense, ajoute M. Cornil, que le plus grand nombre des faisceaux musculaires de la tumeur subit, pendant la grossesse, la même hypertrophie, la même congestion active que le reste

de la paroi utérine, dont elle fait partie intégrante. Les faisceaux musculaires, atteints de cette hyperhémie, compriment les faisceaux interposés au point d'y arrêter la circulation sanguine et l'apport des éléments nutritifs ; ces faisceaux restent atrophiés et leurs cellules contractiles se mortifient. A la suite de ce premier stade, les vaisseaux turgides des muscles hypertrophiés laissent sortir les globules blancs en assez grande quantité. A la limite de la partie saine et de la partie nécrosée, ces globules migrants deviennent de véritables phagocytes, qui se chargent des débris, des granulations protéiques et graisseuses des fibres musculaires privées de vie et de résistance.

» On comprend facilement que la marche de cette altération puisse aboutir à la disparition et à la résorption d'un grand nombre de lobules de la tumeur, et, lorsque la parturition s'est faite, lorsque tout l'utérus subit son involution physiologique, au retour des fibres hypertrophiées elles-mêmes à leur volume normal. Il en résulte alors une atrophie très notable ou une disparition partielle du myôme, que l'état de grossesse avait d'abord hypertrophié ».

M. Bossia, tout récemment encore, donné les résultats de ses recherches sur l'absorption des fibromes. Dans un cas, où il fit l'opération césarienne, au huitième mois de la grossesse et avec plein succès, pour un fibrome de la paroi antérieure, il a constaté que le néoplasme était considérablement ramolli ; certaines portions étaient presque liquides. L'examen microscopique a fait voir que tout le centre de la tumeur avait subi la dégénérescence adipeuse ; on trouvait, en effet, des fibro-cellules musculaires contenant des corpuscules graisseux en petite quantité, tandis que d'autres en étaient presque complètement pleines ; ces corpuscules adipeux étaient disposés en séries, de telle façon que les fibro-cellules se trouvaient détruites ; on voyait enfin des leucocytes remplis de gouttelettes graisseuses.

M. Bossi pense, d'autre part, que cette destruction spontanée des fibro-myômes est due, tantôt à une sclérose primitive, tantôt à la dégénérescence adipeuse qui commence pendant la grossesse pour se continuer après l'accouchement. On peut la provoquer par l'interruption artificielle de la grossesse. Il cite à ce propos cinq observations, où il a provoqué l'accouchement; les tumeurs disparurent complètement dans 4 cas; dans le cinquième, il dut enlever la tumeur, dans la suite, par la laparotomie. Dans 9 autres cas, l'accouchement eut lieu spontanément et la disparition des tumeurs s'effectua également.

M. Bossi insiste aussi sur l'*acétonurie*, qui est souvent grave et qui peut persister, même après l'absorption des fibro-myômes.

Tel est le résumé des principaux travaux qui ont trait à la question. Voici maintenant le résultat de l'examen microscopique des deux tumeurs de nos observations personnelles (10° et 67°) :

Examen microscopique de la pièce anatomique provenant de la femme faisant le sujet de l'observation dixième, par M. E. Mossé, externe des hôpitaux :

Durcissement par l'alcool; inclusion dans la paraffine, montage au baume du Canada, après coloration au picro-carmin. Examinée à un faible grossissement (3), la coupe semble composée de faisceaux sinueux, parallèles les uns aux autres, croisés perpendiculairement ou obliquement par d'autres faisceaux. Par la dissociation, on voit que ces faisceaux sont réunis entre eux par du tissu conjonctif lâche.

A un plus fort grossissement (7), on voit que les faisceaux sinueux sont composés de fibres conjonctives très fortement colorées en rouge par le picro-carmin. Entre elles, on aperçoit des espaces moins fortement colorés, qui sont remplis par du tissu conjonctif lâche de réunion. On peut distinguer entre les faisceaux quelques cellules conjonctives à noyaux très fortement colorés. On aperçoit également la coupe des faisceaux perpendiculaires aux précédents. Entre les faisceaux, on voit quelques vaisseaux sanguins (veines, artères et capillaires). Les veines et les artères sont maintenues béantes par l'adhé-

rence de leurs parois aux faisceaux de tissu conjonctif. Elles contiennent toutes des globules sanguins et nous avons vu notamment une veine contenant un véritable caillot. Nous n'avons trouvé ni fibres musculaires, ni cellules autres que celles du tissu conjonctif. Pas de dégénérescence muqueuse ou graisseuse.

Examen microscopique de la pièce anatomique provenant de la femme faisant le sujet de notre 67^e observation, par M. Henri Cauvin ; préparateur d'histologie :

Le lieu d'évolution, comme la nature, probablement fibromateuse, de la tumeur, nous a engagé à examiner séparément le col, le corps et la tumeur.

Le col offre une muqueuse épaissie, une tunique musculaire hypertrophiée, comme on le voit dans la grossesse. Par place, l'épithélium est hypertrophié ; ailleurs, il paraît en voie de dégénérescence. Des vaisseaux dilatés, des leucocytes. Il y a légère inflammation superficielle.

Le corps offre aussi une muqueuse épaissie avec quelques cellules desquamées, quelques cellules probablement à transformation muqueuse. La tunique propre de la muqueuse, dont les fibrilles sont hypertrophiées, les tubes glandulaires présentent de l'inflammation. Les diverses couches musculaires, très vascularisées, sont épaissies. Les fibres des faisceaux composant ces couches, dirigées en tous sens, sont hypertrophiées. On voit du tissu conjonctif. Il ne paraît pas pathologique.

Tumeur. — Nous l'avons examinée : *a)* au niveau de son implantation sur l'utérus ; *b)* dans sa partie moyenne, macroscopiquement évoluée ; *c)* dans sa partie noyée de pus, dégénérée.

A) Pièce de consistance dure, rénitente. Surface de coupe gris blanchâtre. Coloration à l'hématoxyline éosinée : coloration au carmin aluné. Au grossissement 60 : on voit du tissu conjonctif, du tissu fibreux, du tissu musculaire. La coupe est d'apparence uniforme. Au grossissement 300 : le diagnostic de l'organe serait difficile. Il n'y a plus de pertuis glandulaire. On voit par places des faisceaux de tissu musculaire pur, sain, puis, ces faisceaux s'épanouissent. Ils sont alors infiltrés de cellules du tissu conjonctif à gros noyaux vésiculeux, très apparents au carmin aluné. Quelques-unes sont rondes, la plupart fusiformes. Ce sont des *cellules embryonnaires*, des

fibroblastes. Enfin des paquets de tissu fibromateux pur. Le diagnostic de la tumeur est, dans ce cas, aisé. L'hypertrophie conjonctive, l'hyperplasie du tissu fibreux n'ont point place ici. Il y a du tissu normal ; il y a du tissu pathologique. Entre les deux tissus, des différences nettes, tranchées, comme elles ne le sont pas souvent.

Nous avons sous les yeux un *fibrome*.

B) La partie suivante est plus molle, moins résistante. Surface de coupe grisâtre. Coloration à l'hématoxyline ; coloration au carmin aluné. Grossissement 60 : On distingue des faisceaux fibreux très nets, dans toute l'étendue de la coupe. Par place, ces faisceaux s'écartent ; dans les mailles ainsi formées, de grosses cellules. Grossissement 300 : Faisceaux de tissu conjonctif, rapprochés, pressés, tassés. Ailleurs, faisceaux en prolifération active. Nombreux fibroblastes ; cellules généralement allongées, fusiformes, faisceaux lâches, cellules rondes, gonflées. L'acide osmique décèle des corpuscules graisseux à l'intérieur de ces dernières cellules rondes. Y a-t-il dégénérescence graisseuse ?

C) La partie déchiquetée, plus molle, plus blanchâtre, plus transparente à la coupe, nous montre, au grossissement 60, un tissu fibreux, lâche, à larges espaces intermédiaires aux faisceaux, infiltrés de magma. Nombreuses cavités. Grossissement 300, carmin aluné, acide osmique : cavités ; grande quantité de corpuscules graisseux ; des leucocytes ; une masse de coagulum ; des cellules gonflées ; des faisceaux fibreux réduits à des filaments, même à de simples cellules conjonctives dissociées. Ce n'est donc pas un simple œdème de la tumeur, il y a dégénérescence graisseuse.

En résumé, les altérations anatomiques des fibromes pendant la grossesse sont les suivantes : lobulation plus accentuée ; épaissement des cloisons fibreuses dont le tissu, peu dense, est formé d'éléments musculaires et d'éléments connectifs ; les éléments musculaires sont surtout abondants à la périphérie de la tumeur, prédominance du système veineux ; ectasie des lymphatiques ; les fibres et les cellules conjonctives subissent généralement la transformation muqueuse ou colloïde ; les éléments musculaires, la dégénérescence graisseuse.

Ces altérations expliquent, d'un côté, le développement considérable des tumeurs fibreuses pendant la grossesse, développement dont nous avons cité de nombreux exemples ; de l'autre, la diminution et la disparition même de ces tumeurs après l'accouchement ou l'avortement.

A. Doran a réuni 13 cas de régression spontanée de fibromes utérins à la suite de la grossesse, et Bossi, 14 cas.

143° *Obs.* (Call. 1886). — Une tumeur fibreuse de l'utérus, grosse comme une demi-tête d'enfant, compliqua un premier accouchement ; il diminua ensuite. A un second accouchement, il avait à peine le volume d'un œuf d'oie et ne gêna nullement.

Voici maintenant une observation de disparition d'un petit fibrome à la suite de la régression utérine, observation que nous a obligeamment communiquée M. le professeur Grynfeldt.

144° *Obs.* (M. le professeur Grynfeldt, inédite). — Il y a quelques 5 ou 6 ans, un de mes collègues de la Faculté de Médecine me fit appeler en toute hâte auprès de Madame X .., la femme d'un de nos collègues qu'il venait d'accoucher au *forceps*, et qui avait une hémorrhagie de la délivrance, assez abondante pour lui inspirer des craintes. Quand j'arrivai, mon collègue venait de faire, très judicieusement, la délivrance artificielle ; mais il n'avait extrait le placenta que par lambeaux, et il craignait d'avoir laissé quelques cotylédons placentaires, qu'il accusait d'entretenir l'hémorrhagie. A mon tour, j'introduisis ma main, bien aseptisée, dans l'utérus, et je n'y reconnus aucun reliquat tangible du placenta ; mais je trouvais en bas, en arrière et un peu à droite, dans l'épaisseur même de la paroi utérine, une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, de consistance dure, fibreuse, qui ne faisait pas de saillie bien notable dans la cavité, et qui ne pouvait être prise pour un cotylédon placentaire. C'était, sans nul doute, un petit fibrome interstitiel. Grand lavage chaud prolongé et antiseptique de l'utérus. Alcool à l'intérieur. Cessation de l'hémorrhagie.

Quand tout fut terminé, je fis part à mes deux collègues de mon diagnostic et j'émis l'opinion qu'il n'y avait qu'à attendre,

en faisant une antiseptie rigoureuse, tout en surveillant le retour possible de la perte, auquel cas s'imposerait le tamponnement intra-utérin. Mais j'ajoutais que la régression utérine me paraissait capable de résoudre ce petit fibrome.

L'hémorrhagie ne se reproduisit plus ; la perte resta dans les limites ordinaires, les suites de couches furent absolument normales.

Après les premières règles, je revis Mme X... ; son fibrome avait tellement diminué qu'il était à peine perceptible au toucher bimanuel, très facile à pratiquer chez elle. Quelques mois après, je fis un autre examen et je ne trouvais plus rien.

Il n'y a pas eu d'autres enfants ; il est vrai que Mme X... n'est pas restée toujours jeune femme.

Nous avons nous-même observé un cas de diminution rapide et notable d'une tumeur fibreuse de l'utérus après l'avortement ; voici cette observation :

145° Obs. (Personnelle). — Maria B..., de nationalité italienne, sans profession, âgée de 32 ans, est entrée le 4 janvier 1896, dans le service de M. le professeur Queirel, à la clinique obstétricale. Cette femme n'accuse aucun antécédent digne d'être noté. Régliée à 23 ans seulement, elle perdait, pendant 6 à 8 jours, du sang en abondance, et cela quelquefois deux fois par mois ; elle souffrait beaucoup au moment de la menstruation.

Depuis environ 6 mois, le ventre a commencé à grossir et à devenir douloureux ; elle a eu des maux de tête fréquents, accompagnés de nausées ; les seins ont augmenté de volume et sont devenus douloureux. Depuis deux mois environ, elle sent bouger son enfant. Elle a eu pendant sa grossesse plusieurs pertes de sang et elle dut bientôt cesser tout travail.

Le 1^{er} janvier 1896, à deux heures du soir, une hémorrhagie se déclare, accompagnée des premières douleurs du travail. Le lendemain matin, à 8 heures, elle avorte d'un enfant mort et macéré ; elle perd ensuite une grande quantité de sang, mêlé de nombreux caillots ; la délivrance ne se fait pas. La sage-femme l'envoie à l'hôpital, le surlendemain matin.

On constate alors l'existence d'une tumeur abdominale très dure, mate, qui remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic et qui remplit presque tout l'abdomen. Le

col ne présente rien de particulier ; il est seulement extrêmement mou. Température 38°3 ; écoulement vaginal fétide.

M. le professeur Queirel procède immédiatement à la délivrance par le curettage, qui ramène, avec de nombreux débris et caillots, un fragment de placenta de 100 grammes environ. Injection intra-utérine ; tamponnement à la gaze iodoformée.

La température du soir a été de 37°8 ; nous administrons à ce moment une seconde injection intra-utérine au biiodure. A partir du lendemain, post-abortum régulier ; tous les matins, injection intra-utérine ; les pertes n'ont presque pas d'odeur, la température est normale, le ventre peu sensible.

La tumeur se ramollit de jour en jour, en même temps qu'elle diminue graduellement de volume. Le 19 janvier, la malade exige sa sortie ; à ce moment, la tumeur, très molle, arrive à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

A propos de la disparition des fibromes après la grossesse, M. Budin a attiré l'attention sur une conséquence inattendue que ce fait pouvait avoir pour le chirurgien. Un procès a été intenté en effet à G. Thomas (de New-York), par une dame de ses clientes, à laquelle il donnait, depuis longtemps déjà, ses soins pour une tumeur fibreuse. Or, cette tumeur ayant totalement disparu, à la suite d'un accouchement, cette dame accusa le chirurgien de n'avoir traité qu'un fibrome fictif.

La malade peut encore être débarrassée de son fibrome après l'accouchement par *l'expulsion spontanée* de cette tumeur. Les altérations anatomiques, qui expliquent le ramollissement et la fonte des fibromes, donnent également la raison de leur élimination. En voici quelques exemples :

147° Obs. (Anderson, 1887). — *Elimination spontanée* d'un corps fibreux de la grosseur d'un œuf, sans hémorrhagie, trois jours après l'accouchement.

148° Obs. (Tarnier, 1895). — Je vous ai montré, il y a quelques jours (11 juin 1895), une délivrance et, à côté de cette délivrance, il y avait une petite tumeur qui n'était autre qu'un

petit corps fibreux que la femme a *expulsé spontanément* après le placenta.

Huit jours après, nous avons eu, dans le service, une autre femme dont le cas a été en tout semblable à celui-là. Elle aussi a *expulsé spontanément* de l'utérus un petit corps fibreux, après la délivrance.

Je vous signale la simultanéité de ces deux faits, à intervalle si rapproché, parce qu'ils sont, en somme, assez rares.

Dans le cas suivant, la tumeur, probablement sous-péritonéale, au lieu d'être éliminée par les voies naturelles, sortit par une incision, heureusement pratiquée, à la paroi abdominale.

149° Obs. (J. Franck. 1895). — Femme de 34 ans, atteinte de tumeur fibreuse de l'utérus et de grossesse. La tumeur siégeait à droite, elle était dure et de la grosseur d'une noix de coco. On provoqua l'avortement par l'introduction d'un cathéter ; fœtus de 4 à 5 mois. Du pus de mauvaise odeur sortit de l'utérus. On supposait l'existence d'une cavité purulente. Au bout d'une semaine, on anesthésia la malade et on pratiqua une incision dans la partie supérieure de la région lombaire droite. On fit une contre-ouverture à 2 pouces au-dessus de la crête iliaque et on y établit un drainage.

L'état de la malade était fort critique à ce moment. On continua l'usage des douches intra-utérines. Puis on se buta à un obstacle. On vit ensuite une masse pâteuse se présenter toute seule, et sortir, peu à peu, de la plaie abdominale. La tumeur se détacha trois semaines après.

Enfin, on peut voir, par contre, une tumeur fibreuse s'accroître à la suite de l'accouchement. Dans d'autres cas, la tumeur, qui avait disparu après une première grossesse, reparait à la suivante. Le fait suivant réunit ces diverses éventualités.

150° Obs. (Studsgaard. 1883). — Femme de 40 ans, à sa quatrième grossesse. Pendant la première grossesse, on s'aperçut de l'existence d'une tumeur qui disparut après l'accouchement normal, pour revenir à la seconde grossesse, dont il ne gêna pas davantage l'accouchement. Devenue enceinte pour

la troisième fois, cette femme vit sa tumeur augmenter de volume ; l'accouchement fut, pour cette fois encore, spontané, quoique laborieux. A la quatrième grossesse, enfin, il y eut de tels *phénomènes de compression*, que l'on pratiqua la *myomec-tomie* au troisième mois. La tumeur était adhérente, du poids de 522 grammes ; son pédicule, gros comme le pouce, s'insérait à côté de la trompe gauche. La grossesse a continué à évoluer.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 23 juillet 1896.

Pour le Recteur :

L'Inspecteur d'Académie délégué,

L. YON.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 23 juillet 1896.

Le Doyen,

MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉLIMINAIRES

	Pages
CHAPITRE PREMIER. — HISTORIQUE	5
CHAPITRE II. — GÉNÉRALITÉS SUR LES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS	14

PREMIÈRE PARTIE

Influence des fibro-myômes utérins sur la fécondation, la grossesse,
l'accouchement et les suites de couches.

CHAPITRE PREMIER. — FIBRO-MYÔMES UTÉRINS ET CONCEPTION	22
CHAPITRE II. — FIBRO-MYÔMES UTÉRINS ET GROSSESSE . . .	29
CHAPITRE III. — FIBRO-MYÔMES UTÉRINS ET ACCOUCHEMENT .	56
CHAPITRE IV. — FIBRO-MYÔMES UTÉRINS ET POST-ABORTUM OU POST-PARTUM.	73
CHAPITRE V. — SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC. .	79
CHAPITRE VI. — TRAITEMENT	100

SECONDE PARTIE

Influence de la grossesse sur les tumeurs fibreuses de l'utérus	134
---	-----

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que ie sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !